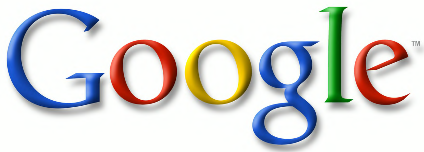






ANNALES
D'OCULISTIQUE,

PUBLIÉES

Par le docteur FLORENT CUNIER,

CHEVALIER DE L'ORDRE MILITAIRE DE LÉOPOLD,
MÉDECIN-OCULISTE DE LL. AA. RR. LE DUC DE BRABANT ET LE COMTE DE FLANDRE,
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'INSTITUT OPHTHALMIQUE DU BRABANT,
ANCIEN MÉDECIN MILITAIRE, MEMBRE DES ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS DE MÉDECINE D'AMSTERDAM, ANGERS,
ANVERS, ATHÈNES, BADEN, BARCELONE, BERLIN, BORDEAUX, BRESLAU,
BRUGES, BRUXELLES, COPENHAGUE, COROGNE, DRESDE, ERLANGEN, GAND, HALLE, HAMBOURG,
HEIDELBERG, HOORN, IENA, LEIPZIG, LIÉGE, LISBONNE, LONDRES, LYON,
MADRID, MALINES, MONTPELLIER, NANTES, NISMES, NOUVELLE-ORLÉANS,
PALMA DE MALLORCA, PARIS, POITIERS, PUERTO-SANTA-MARIA,
RIO-DE-JANEIRO, ROTTERDAM, SARAGOSSE, STRASBOURG, VALENCE,
VERVIERS, VIENNE, ETC.



Treizième Année.



TOME XXIV.

4e SÉRIE. — TOME 6me.



BRUXELLES,
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
22, RUE DES COMÉDIENS;
A PARIS,
CHEZ GERMER BAILLIÈRE, 17, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

2me SEMESTRE 1850.



LISTE DES COLLABORATEURS.

ANGLETERRE.

MM. Lawrence, à Londres. Mackenzie, à Glasgow. Middlemore, à Birmingham.

AUTRICHE.

MM. Gulz, à Vienne. Piringer, à Graetz.

BADEN.

MM. Chelius, à Heidelberg. Scherrer, à Constance.

BAVIÈRE.

MM. C. Canstatt et Heyfelder, à Erlangen. Textor, à Würzbourg.

BELGIQUE.

MM. Ansiaux (le professeur N.) et Ansiaux (Jules), à Liége. Bastings, à Bruxelles. Binard, à Malines. buys, à Bruges. Burggraeve, à Gand. Decondé, à Liége. Fallot, à Bruxelles. Gouzée, à Anvers. Hairion, à Louvain. Henrotay, à Bruxelles. Jans, à Peér. Loiseau, à Namur. J. Smits, à Bruxelles. Stévenart, à Mons.

DANEMARCK.

M. N.-G. Melchior, à Copenhague.

ESPAGNE.

MM. Escolar, à Madrid. De la Mota, à Medina-Sidonia. Fontan, à Jérez.

FRANCE.

MM. Bouchacourt, à Lyon. Bouisson, à Montpellier. Lucien Boyer, Caffe, Desmarres et Deval, à Paris. H. Duval, à Argentan. Furnari, à Paris. Gaillard, à Poitiers. Guépin, à Nantes. Mazade, à Anduze. Mirault, à Angers. Pamard, à Avignon. Pétrequin, à Lyon. Serre (d'Uzès), à Alais. Sichel, à Paris. Stoeber, à Strasbourg. Tavignot et Velpeau, à Paris.

HOLLANDE.

MM. Hendricksz (W.), à La Haye. Kerst, à Utrecht, Sebastian, à Groningue. Snabilié, à La Haye. Van den Broeck, à Utrecht.

PRUSSE.

MM. Andreae, à Magdebourg. Blasius, à Halle.

RUSSIE.

MM. Evenius, à Moscou. Vanzetti (le professeur), à Karkov.

SAXE.

MM. Ammon (le chevalier d'), Baumgarten, Beger et Warnatz, à Dresde.

SUISSE.

MM. Cornaz, à Neuchâtel. Maunoir (le professeur), à Genève. Rau, à Berne.

TURQUIE.

MM. De Hubsch et Rigler, à Constantinople.

WURTEMBERG.

M. G. Hoering, à Heilbronn.

Imp. de JANSSENS-DEFFOSSÉ, rue de Ruysbroeck, 28.

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

Tome XXIII. — 2e série. Tome 3e. — 1re livraison.

31 JUILLET 1850.

LA VÉRITÉ SUR LA GUÉRISON HOMOEOPATHIQUE DE LA MALADIE OCULAIRE DU FELD-MARÉCHAL AUTRICHIEN COMTE DE RADETZKY.

Nous avons inséré dans notre XIVe volume, p. 164, un article intitulé : *Histoire d'un fongus de l'œil, guéri par le traitement homœopathique*, que M. le docteur Hartung avait publié dans l'*Allgemeine homœopatische Zeitung*, et qui venait d'être traduit de l'allemand par la *Revue* de MM. Pétroz et Roth. Nous avons cru devoir ajouter à la reproduction de ce travail la critique qui en avait été faite. C'est ainsi qu'une note de M. Griesselich, qui avait paru dans l'*Hygea* (1), et un travail de M. le docteur Gaal, que nous avions trouvé dans l'*Allgemeine Zeitung für Chirurgie* (2), furent mis par nous sous les yeux de nos lecteurs.

On n'aura pas oublié sans doute que l'histoire de M. Hartung se rapportait au feld-maréchal comte de Radetzky, gouverneur de Milan, qui commandait l'armée impériale autrichienne, en 1848 et 1849, en Lombardie et à Novarre.

Ce fait, qui a été chanté en prose et en vers, tant en Allemagne qu'en Italie, par les sectateurs et les admirateurs de Hahnemann, s'est trouvé, dans ces derniers temps, enlacé dans une discussion qui a eu lieu dans le sein de l'Académie royale de médecine de Belgique. Une *Communication relative au choléra épidémique* (3), faite à cette Compagnie par notre estimable confrère M. le docteur Carlier, ayant amené sur le terrain les allopathes et les homœopathes, l'un de ces derniers appela à son secours, dans le but de prouver la valeur des doses infinitésimales, l'histoire de M. Hartung.

« ... Que M. Lombard, s'est écrié M. Varlez, lise seulement la relation de

(1) *Est-ce bien aux décillionièmes qu'est due la cure du fongus oculaire du feld-maréchal* DE RADETZKY?
(2) *Examen de la cure homœopathique d'un fongus de l'œil.*
(3) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, tom. VIII, p. 263.

la maladie du feld-maréchal Radetzky, et il verra de quelle puissance sont doués les remèdes homœopathiques, *même contre le* FONGUS DE L'OEIL *accompagné de circonstances qui ont fait déclarer à deux médecins-oculistes, justement célèbres, que toutes les ressources de l'art devaient échouer !!* »

Cette invocation solennelle de M. Varlez, son insistance à la reproduire, ont servi à faire connaître enfin la vérité sur cette cure dont on a fait à diverses reprises si grand bruit. Nous allons, pour la plus grande édification du public médical, exposer dans tous ses détails le débat qui s'est produit dans notre Académie.

I. — Discussion à l'Académie royale de médecine de Belgique.

C'est notre honorable collaborateur, M. le docteur Fallot, qui a répondu à M. Varlez; il l'a fait en ces termes (1) :

« ... Vous savez avec quel orgueil on vous a cité la guérison du feld-maréchal Radetzky, à qui, dit-on, l'homœopathie conserva la vue, dont l'allopathie avait désespéré. Deux fois on vous a reproduit ce fait qui, nouvelle tête de Méduse, doit pétrifier les adversaires de la doctrine. Remarquons d'abord qu'il nous était parfaitement connu. Grâce aux *Annales d'Oculistique* dont l'Académie s'applaudit de posséder le rédacteur dans son sein, aucun des détails ne nous en était ignoré. Disons ensuite que l'homœopathie, à laquelle les sectateurs de Hahnemann ont voulu faire les honneurs de la cure, n'y a été pour rien. Il me serait facile de vous le démontrer en analysant la longue histoire que MM. Pétroz et Roth nous en ont conservée; mais prévoyant que cette démonstration, si complète qu'elle fût, serait repoussée par mes adversaires, à cause de son origine, je préfère l'emprunter au docteur Griesselich, rédacteur de l'*Hygea,* journal consacré à la défense de l'homœopathie, en me bornant à en lire les conclusions. Ceux de mes honorables collègues qui désireront en savoir davantage trouveront un extrait de son mémoire dans le quatorzième volume des *Annales d'Oculistique,* p. 174. La conclusion de M. Griesselich est celle-ci :

« Il semblerait que M. Hartung n'a publié cette histoire de maladie que » pour prouver jusqu'à l'évidence que les atômes ne sont entrés pour rien » *dans la guérison,* et que la teinture seule, appliquée immédiatement sur » l'organe malade, a été utile, tandis que tous les autres remèdes administrés » ont été superflus. Les partisans des petites doses poussées jusqu'à néant se » garderont bien d'accorder la moindre valeur à ce récit, puisqu'il démontre

(1) *Bulletin cité,* vol. VIII, p. 1161.

» évidemment le contraire de ce qu'il tend à établir; il constate, en effet, » l'efficacité des fortes doses, tandis que les doses infinitésimales ne servent » qu'à faire perdre du temps pendant que le progrès du mal continue. Ce » récit prouve que, dans beaucoup de cas, il est d'une haute nécessité de ne pas » envoyer les remèdes se promener dans l'estomac, mais au contraire de les » appliquer et de les faire agir sur l'organe affecté. Ceux qui, partant de cette » idée favorite, pourraient chercher des subtilités dans les faits, se rappelleront » que l'art de faire passer un X pour un V convient aux jongleurs, mais nulle- » ment aux médecins. »

Le 23 février, M. Varlez revint à la charge; il avait rassemblé, pour l'opposer à M. Fallot, tout le bagage qui se trouve déroulé dans les lignes suivantes, extraites du discours dont il a donné lecture (1):

« Je passe maintenant à la maladie du feld-maréchal Radetzky, dont mon contradicteur se vante de connaître l'histoire avec un aplomb qui pourrait faire croire à ceux qui ne la connaissent pas, qu'il l'a étudiée consciencieusement. Nous allons examiner ses assertions; mais comme il s'agit ici d'un fait qui a eu un grand retentissement dans toute l'Allemagne, je vais copier fidèlement le texte de M. Fallot. Voici comment il s'exprime :

« Vous savez avec quel orgueil on vous a cité la guérison du feld-maréchal » Radetzky, à qui, dit-on, l'homœopathie conserva la vue, dont l'allopathie » avait désespéré, etc. »

» Nous ne pouvons pas laisser subsister ce passage sans le réduire à sa juste valeur, et, malheureusement, nous ne pouvons rétablir la vérité sans prouver que M. Fallot cesse de la respecter. Il devrait cependant savoir que ce n'est pas ici une lutte d'amour-propre, ni une de ces vaines disputes que l'imagination élève ou renverse impunément dans ses jeux; c'est la sanction d'un fait principe auquel se trouvent suspendues la vie de nos malades et les convictions de ceux qui suivent nos débats. M. Fallot affirme que le fait lui était parfaitement connu, grâces aux *Annales d'Oculistique;* qu'aucun détail ne lui était resté étranger, et que l'homœopathie n'a été pour rien dans la cure du feld-maréchal.

» Eh bien! messieurs, ce fait, je le tiens en mains; voici le cahier des *Annales d'Oculistique*, où la relation de la maladie du feld-maréchal se trouve tout entière. Mon adversaire vous engage à en prendre connaissance; je me joins à lui, et, de plus, je prends l'engagement de compter vingt mille francs aux pauvres de Bruxelles, si vous y trouvez ce que M. Fallot affirme.

» Lisez cette histoire, messieurs, vous y verrez, au contraire, à chaque

(1) *Bulletin cité*, vol. IX, p. 262.

ligne, le triomphe de l'homœopathie et la condamnation de mon contradicteur dans la sentence suivante .

« Cette maladie, dit M. Hartung, médecin du maréchal Radetzky, regardée » comme incurable, a été guérie d'une manière prompte et durable par le trai- » tement homœopathique. »

» Ceux qui veulent s'édifier sur la foi qu'on peut accorder aux assertions de M. Fallot peuvent consulter le tome XIV des *Annales d'Oculistique*, depuis la page 164 jusqu'à la page 174 ; ils y verront que Hartung, médecin de l'illustre guerrier (page 166), administra tous ses remèdes homœopathiques à la plus haute dilution et à la plus petite dose ; *la grande irritabilité nerveuse du malade*, ajoute ce médecin, *me faisait une loi de procéder avec la plus grande précaution.*

» Que conclure de ce passage et de l'affirmation de M. Fallot, à qui aucun détail n'est resté inconnu?

» Comment, en présence d'une déclaration aussi précise que celle de M. Hartung, un médecin peut-il affirmer que l'homœopathie a été étrangère au succès, et pourquoi vient-il ainsi nier l'évidence?

« Il me serait facile de vous démontrer, continue M. Fallot, que l'homœo- » pathie n'a été pour rien dans la cure du feld-maréchal, en analysant la » longue histoire que MM. Pétroz et Roth nous en ont conservée; mais pré- » voyant que cette démonstration, si complète qu'elle fût, serait repoussée par » mes adversaires, à cause de son origine, je préfère l'emprunter au docteur » Griesselich. »

« M. Fallot a oublié la fable du singe et du dauphin; il croit que MM. Pétroz et Roth sont deux allopathes dont nous repousserions le témoignage, à cause de son origine; mais c'est, au contraire, à leur bonne foi et à leur loyauté que nous avons recours; ils sont tous deux étrangers à l'histoire dont parle M. Fallot, histoire qui a paru pour la première fois dans la *Gazette universelle homœopathique* et dans la *Gazette homœopathique de Leipzig*, vol. XX, nos 10 et 11; c'est de ce dernier recueil que la *Revue rétrospective* l'a traduite, et c'est à ce dernier ouvrage que les *Annales d'Oculistique* l'ont empruntée — voyez le tome III de *la Revue*, page 211 — ; mais ne voulant rien avancer sans preuves authentiques, j'ai envoyé à M. Pétroz le passage où M. Fallot affirme, avec toute l'assurance d'un connaisseur qui exprimerait la vérité, que l'homœopathie n'a pas guéri le maréchal, et voici la réponse de mon collègue :

Paris, 1er octobre 1849.

« Monsieur et honoré Confrère,

» Je vous déclare que la guérison du feld-maréchal Radetzky m'a été apprise

» par les journaux étrangers; je sais positivement qu'elle a déterminé la
» grande protection que l'empereur d'Autriche et l'un des archiducs ont ac-
» cordée depuis à l'homœopathie. Ce que M. Fallot m'attribue, comme ayant
» jugé le mode de traitement, *est une pauvre invention.* Il est étrange qu'il
» s'arrête à cet exemple de guérison du *général autrichien ;* il est loin de faire
» exception.

» Agréez, etc. PÉTROZ. »

» Vous l'avez entendu, messieurs, notre adversaire invoque l'appui de M. Pétroz, pour soutenir que l'homœopathie n'a pas guéri le maréchal, et M. Pétroz lui répond que ce qu'il affirme *est une pauvre invention.*

» M. Fallot préfère, dit-il, emprunter l'histoire de la maladie du feld-maréchal à Griesselich ; mais celui-ci n'a pas dit un mot de l'histoire de la maladie du feld-maréchal, qu'il ne pouvait connaître que par la relation de M. Hartung, et venir dire, dans cette enceinte, en s'appuyant sur Griesselich, que l'homœopathie a été étrangère à la guérison du grand général autrichien, c'est avancer ce qui n'est pas.

» Griesselich n'a fait peser sa critique que sur les doses, mais il a laissé toute la gloire du succès à l'homœopathie et à son principe ; il faut savoir ce que Griesselich entend par de fortes doses : s'il n'était pas mort, il m'eût envoyé de suite une déclaration qui confondrait de nouveau mon adversaire ; mais comme il a succombé l'année dernière, dans les troubles de l'Allemagne, je suis obligé de puiser sa réponse dans les écrits qu'il nous a heureusement laissés.

» Griesselich n'était pas partisan des globules ; il conseillait d'administrer les médicaments homœopathiques par gouttes, et ce sont ces gouttes qu'il appelait de fortes doses ; il dit, dans son *Manuel,* page 336 :

« Pour les maladies chroniques, on peut s'élever jusqu'à la trentième dilution, c'est-à-dire, au décillionième. »

» Dans d'autres endroits, il conseille la centième ; cependant, en pratiquant, il était plus réservé dans ses prescriptions, car il a inséré plusieurs observations de grippe et de croup dans les *Archives,* tome II, pages 295 et suivantes, dans lesquelles il recommande toujours la quadrillionième, la sextillionième, ou la décillionième puissance.

« Je fus appelé un soir, dit-il, auprès d'un enfant de deux ans, délicat et
» très-irritable, qui, peu de temps après avoir été couché, devint malade. En
» passant la porte, j'entendis déjà le fatal son croupal, la toux métallique, et
» le bruit de scie en respirant; l'enfant était fort agité, la toux caractéristique :
» je fis prendre toutes les deux heures un décillionième de grain d'*aconit,* puis
» quelques décillionièmes de *spongia,* et un quadrillionième de *sulfure cal-*
» *caire.* »

» Voilà ce que Griesselich appelle de fortes doses; voilà pourquoi il considère comme fortes doses les six gouttes de teinture homœopathique de *thuja,* prescrites dans quatre onces d'eau par Hartung, pour humecter le fongus du général Radetzky.

» Comprend-on mieux la guérison du croup par des quadrillionièmes ou des décillionièmes que celle du fongus oculaire par de très-petites doses de *thuja?* Griesselich s'était voué à la critique de tous les homœopathes qui prescrivent des globules au lieu de gouttes, et c'est là la source de sa sortie contre Hartung; mais il est évident, pour tout médecin qui possède quelques notions d'homœopathie, que les fortes doses de Griesselich ne sont fortes que relativement aux globules et qu'elles ne sont pas plus comparables aux fortes doses de l'allopathie, que des taupinées aux Apennins ou au Caucase.

» M. Fallot ayant aussi invoqué le témoignage de M. le docteur Roth, à l'appui de son opinion, j'ai fait un appel à la conscience de ce médecin, et voici sa réponse :

Paris, etc.

« Monsieur et honoré Confrère,

« Je ne puis vous exprimer mon étonnement sur l'audace qu'on a eue de
» prendre l'article de Griesselich sur la guérison du feld-maréchal Radetzky,
» que nous avons publié en traduction dans le troisième volume de la *Revue,*
» page 366, pour en forger une arme contre l'homœopathie, car il est évident
» pour tout honnête homme que Griesselich reconnaît comme tout le monde
» que le maréchal a été guéri uniquement par les moyens homœopa-
» thiques. Si les académiciens belges lisaient les articles sur lesquels ils s'ap-
» puient ponr combattre l'homœopathie, ils y verraient leur condamnation,
» car Griesselich, dans les réflexions que nous avons traduites, dit textuelle-
» ment : « *Il ne peut être ici question d'une guérison naturelle, et l'adver-*
» *saire de l'homœopathie ne peut pas venir dire que le malade aurait guéri*
» *tout aussi bien sans médicament. Je me représente la stupéfaction des doc-*
» *teurs Flarer et Jäger ; que les petits esprits parmi nos adversaires, qui ne*
» *peuvent applaudir à une guérison qu'ils n'ont pas opérée, se consolent, et*
» *que les homœopathes se réjouissent de ce triomphe.* »
» Vous devez trouver comme moi qu'il est plaisant de voir représenter
» Griesselich comme un adversaire de l'homœopathie.
» Agréez, etc. Dr Roth. »

» Je vais maintenant vous rapporter brièvement l'histoire de la maladie dont il est question et la faire suivre d'une preuve que personne ne pourra contester. Le maréchal comte de Radetzky, commandant en chef des troupes impériales en Italie, fut atteint d'une inflammation de l'angle interne de l'œil droit, qui se développa progressivement, sous forme d'une tumeur fongueuse,

mamelonnée, dure et bleuâtre ; la sclérotique s'injecta fortement ; les parties voisines devinrent tuméfiées, rouges et douloureuses ; les artères temporales grossirent, et le malade les sentait battre avec violence. Tout ce que Milan renfermait de chirurgiens et d'oculistes habiles se réunit en consultation pour exercer leur art sur l'illustre patient ; mais ce fut sans succès. L'empereur, instruit alors de la cruelle position de son noble serviteur, lui envoya son propre oculiste, le professeur Jäger. Celui-ci constata, avec tous ses confrères de Milan, l'existence d'une tumeur carcinomateuse, déclara le cas désespéré, et repartit sans avoir prescrit de remède. Le professeur d'ophthalmologie de Pavie, le docteur Flarer, déclara également le cas incurable. Le malheureux maréchal se tourna alors vers l'homœopathie, et s'y attacha avec un reste d'espoir qui ne fut point déçu. Un praticien homœopathe de Milan, le docteur Hartung, le guérit complétement dans l'espace de quatre mois, de décembre 1840 à mars 1841. La tumeur disparut entièrement, et avec elle, toute trace de l'inflammation primitive, sous l'influence du *carbo vegetabilis* et *thuja* (1).

» Les preuves qui précèdent devraient suffire pour convaincre l'Académie ; mais ne voulant pas laisser subsister l'ombre d'un doute, même dans l'esprit de mes adversaires, j'ai pris la respectueuse liberté de m'adresser directement au noble maréchal, le priant de déclarer la vérité, et voici sa réponse :

Vérone, ce 13 décembre 1849.

« Monsieur,

» C'est avec plaisir et reconnaissance que je déclare que c'est à M. le docteur
» Hartung, médecin homœopathe, que je suis redevable de la guérison d'un
» mal ophthalmique fort sérieux, et que me trouvant déjà abandonné par
» d'autres médecins, c'est à cet art que je dois la vue, sinon la vie.

» Les détails sur le cours de la maladie et du traitement se trouvent dans la
» *Gazette universelle homœopathique* de l'année 1841.

» Recevez l'expression de ma plus haute considération,

« Radetzky. »

« *A M. le docteur* Varlez, *à Bruxelles.* »

» Voici la lettre de l'illustre guerrier, messieurs ; vous pouvez tous venir voir la signature et le cachet portant les armes du héros qui a sauvé le monde civilisé de l'anarchie...... »

La réponse de M. Fallot a été celle-ci :

« ..... J'arrive enfin à l'affaire de M. le feld-maréchal Radetzky.

» Messieurs, c'est souvent un petit mal de ne pas comprendre l'auteur qu'on cite, mais c'est un grand mal quand on le réfute, et c'est un plus grand

(1) *Histoire médicale* de M. le docteur Rapou.

mal encore quand on le diffame. Or, M. Varlez m'a diffamé en prétendant que j'étais de mauvaise foi dans l'examen de cette affaire et que je vous en imposais. *(Interruption.)* Oui, j'appelle cela diffamation.

» En effet, de deux choses l'une : ou M. Varlez s'est trompé, et alors il a commis une erreur très-grossière, une erreur impardonnable ; ou il a cherché à vous tromper, et alors je m'abstiens de qualifier sa conduite.

» Rappelons les faits :

» J'ai dit que l'histoire de la maladie du maréchal Radetzky nous était parfaitement connue, et c'est ce que j'ai démontré en vous indiquant l'ouvrage où elle se trouve relatée avec les détails les plus circonstanciés. Je me suis borné à la relation extraite du journal de MM. Pétroz et Roth par les *Annales d'Oculistique,* parce qu'elle me semblait suffire à mon but; il y en a une autre que rapportent ces mêmes *Annales,* dont je n'ai pas parlé, parce que l'anonyme sous lequel l'auteur se cachait aurait pu vous la rendre suspecte. Je suis autorisé à vous dire que cet auteur est le docteur Gaal, qui prend toute la responsabilité de sa publication.

» Je ne relèverai pas l'inconvenance du plat jeu de mots sur mon nom, pas plus que je ne vous ai parlé de la fable du singe et du dauphin, des constellations du premier ordre et des étoiles secondaires, de la lime et du serpent et d'autres hors-d'œuvre de même espèce à l'usage de tout le monde et qui ne prouvent rien dans la bouche de personne. Je vais procéder tout simplement et vous relire le passage dont s'est étayé M. Varlez pour m'accuser de mauvaise foi, en vous priant d'en suivre la lecture avec un peu d'attention.

» M. Varlez suppose que, dans mon discours, c'est à MM. Pétroz et Roth que je faisais allusion en parlant d'allopathes dont le témoignage pouvait être suspect, tandis que cela s'appliquait à moi-même, et cela est évident.

» M. Varlez : Cela n'est pas du tout évident.

» M. Fallot : Ce n'est pas à vous que je parle, mais à l'Académie. N'interrompez pas.

» M. le Président : M. Varlez, je vous rappelle à l'ordre.

» M. Varlez : Alors on ne peut plus dire un mot?

» M. le Président : Je vous rappelle à l'ordre avec mention au procès-verbal.

» M. Fallot : Faites bien attention à ceci, je vous prie. L'imputation d'imposture que M. Varlez s'est permise, repose sur la supposition que, en parlant d'allopathes, j'aurais eu MM. Pétroz et Roth en vue, tandis qu'il est clair comme le jour que c'est moi que je désignais. Pour s'en convaincre, il suffit de savoir lire. Je ne connais pas MM. Pétroz et Roth, si ce n'est par les aménités contenues dans leurs lettres écrites à M. Varlez et dont celui-ci a eu

soin de vous donner lecture en entier; mais je les tiens pour hommes de bon sens et d'honneur, et je suis persuadé que quand ils connaîtront le rôle qu'on leur a fait jouer dans nos débats, ils en seront désolés, car ils n'ont à y intervenir en rien. Ils ne sont pour moi que les reproducteurs d'un article d'un curnalallemand; ils n'y ont rien ajouté, rien retranché. Mais quand j'ai parlé d'un témoignage que son origine pouvait rendre suspect, quand je vous ai engagés à vous défier de l'analyse faite de la narration par un allopathe, c'est de moi que je parlais, et c'est pourquoi j'ai ajouté que je préférais m'en rapporter à celle faite par M. Griesselich, médecin homœopathe.

Voici mes paroles:

« Disons ensuite que l'homœopathie, à laquelle les sectateurs de Hahnemann » ont voulu faire l'honneur de la cure, n'y a été pour rien. Il me serait facile » de vous le démontrer en analysant (si j'analysais) la longue histoire que » MM. Pétroz et Roth nous en ont conservée; mais prévoyant que cette démon- » stration (faite par moi, allopathe, bien entendu) serait repoussée par mes adver- » saires à cause de son origine, je préfère l'emprunter au docteur Griesselich, ré- » dacteur en chef de *l'Hygea*, journal consacré à la défense de l'homœopathie, etc.»

» Comprend-on, conçoit-on que sur des paroles si claires, des déclarations aussi évidentes, M. Varlez ait pu prendre le change? Peut-on croire qu'en le faisant il ait été de bonne foi? Je connais la puissance des passions, je sais à quel point elles peuvent fausser la vue de l'esprit; mais je ne pensais pas qu'il fût possible qu'une passion nouvelle, que j'appellerais volontiers *passion homœopathique*, pût déterminer une pareille amaurose intellectuelle.

» Maintenant voyons si j'ai trompé en avançant que dans l'opinion du docteur Griesselich, l'histoire de la guérison du feld-maréchal Radetzky n'est pas due à l'homœopathie, c'est-à-dire aux doses infinitésimales. Ici de nouveau il suffira de lire les paroles mêmes du journal.

« Sous l'influence de l'arsenic 30, l'œil a augmenté de volume, l'exoph- » thalmie est devenue plus prononcée; la psorine 30 est donnée: le fongus aug- » mente de plus en plus, les légers saignements persistent. Le *carbo animalis* 30 » est administré : il s'ensuit un soulagement qui ne peut raisonnablement être » rapporté à ce remède, car on observe tous les jours de semblables amende- » ments de maux organiques. En un mot, aucun des quatre médicaments, *ar-* » *senic, psorine, herpétine, carbo animalis*, n'a amené de changement. C'est alors » que *thuja* est prescrite, parce que l'auteur en a retiré un effet salutaire dans » les *indurations volumineuses des tonsilles*, dans les *exanthèmes verruqueux* » et le *squirrhe des mamelles*. La teinture de thuja est prescrite à la dose de six » gouttes dans quatre onces d'eau distillée : cette solution servit à humecter de » deux en deux heures l'œil et le fongus. Celui-ci avait, dès le quatrième jour, » considérablement diminué, et à partir de ce moment la marche vers la guérison

» fut décisive et rapide. N'y a-t-il pas lieu de s'étonner de voir que, dès le huitième jour, alors que *thuja* avait produit de si admirables effets, M. Hartung ait prescrit *carbo animalis* 30? Ne doit-on pas être plus surpris encore, en présence de ce succès dû à l'application externe de *thuja* de lui voir laver le fongus avec un pinceau trempé dans la quatrième dilution de *carbo animalis*? Qu'était-il besoin de *carbo animalis* après que *thuja* avait produit le résultat désiré? »

« Vient ensuite la conclusion que j'ai déjà produite dans un discours précédent, et qui est que l'homœopathie n'est pour rien dans la guérison.

» M. Varlez : Griesselich n'a pas vu le feld-maréchal.

» M. Fallot : Vous n'avez vu ni le feld-maréchal, ni le travail de Griesselich, et vous voudriez nous imposer votre opinion ?...

» Vous voyez donc que je n'ai pas avancé un seul mot qui ne soit l'exacte vérité, pas un mot qui offre aux hommes de bon sens et de bonne foi le moindre doute. Je vous demande ce que deviennent, en présence de cela, cette savante mise en scène, ce coup de théâtre longuement médité et préparé, ces lettres qu'on vous a lues, ce cachet armorié qu'on a promené partout, cette indignation qu'on a jouée, ce défi qu'on a jeté? Vous avez vu bondir cette outre tout enflée de présomption qui devait me renverser. J'y donne un seul coup d'épingle de la raison et de la vérité : qu'est-elle devenue?....

» J'ai cherché à vous démontrer que jamais accusation plus imprudente, plus gratuite, n'avait été lancée contre quelqu'un, que celle que M. Varlez s'est permise. Ai-je réussi dans mes efforts? *(Oui ! oui !)*

» Quant aux *vingt mille francs* si fastueusement promis par mon contradicteur aux pauvres de Bruxelles, si on peut prouver que ce que j'ai avancé se trouve dans les *Annales d'Oculistique!* Pitié!! Je l'ai prouvé; j'ai justifié mon dire : j'ai dégagé ma parole. Tiendra-t-il la sienne? Dix mille francs à celui qui prouvera que l'eau de Lob ne fait pas repousser les cheveux!! Ils sont tous les mêmes!

» J'ai encore un seul mot à dire sur la lettre du maréchal Radetzky. Je n'ai pas à apprécier le caractère public de l'honorable maréchal, ni les services qu'il peut avoir rendus aux souverains et aux peuples; une semblable appréciation serait au moins déplacée ici : mais je le tiens pour un galant homme, pour un excellent homme, et la preuve en est pour moi que, se croyant guéri par l'homœopathie, il a incontinent délivré à ses médecins tous les certificats qu'ils lui ont démandés, certificats dans lesquels il déclarait ce qu'il croyait être vrai. Mais pouvait-il savoir s'il avait été guéri par l'homœopathie? Son témoignage a-t-il la moindre valeur scientifique?

» D'ailleurs, messieurs, pour bien juger de la valeur de la lettre qu'on est venu vous lire, il faudrait connaître celles par lesquelles on l'a sollicitée.

Messieurs, je dis qu'il n'y a pas au monde un seul charlatan, je dis un seul, à quelque hauteur de l'échelle charlatanesque qu'il soit placé, qui n'ait sa poche pleine de certificats délivrés par la reconnaissance des clients auxquels il a sauvé la vie, et qui, à défaut de cachets à armoiries, ne produise des signatures légalisées par les autorités. La lettre du maréchal Radetzky n'a pas d'autre signification.

» Du reste, la seule chose à laquelle je tenais et pour laquelle j'ai si instamment réclamé la parole, c'était de vous prouver que jamais accusation plus injuste n'a été lancée contre un homme plus innocent; jamais préoccupation passionnelle n'a conduit un esprit à des égarements aussi funestes. »

Après avoir retracé, dans tous ses détails, l'histoire de ce débat, de manière à en rendre l'intelligence complète, nous devons en dire l'issue.

M. Varlez, arrivant à l'Académie avec un discours mûri pendant l'espace de plusieurs mois, et dont il avait préalablement fait lecture à ses amis, essayé l'effet sur ses intimes, s'attendait à un triomphe éclatant. Il se croyait sûr de la victoire, et allait, lui semblait-il, écraser son ennemi ; il n'inspira à la compagnie qu'indignation, pour ne rien dire de plus.

M. Fallot, répondant d'abondance, avec cette dignité qu'inspire aux âmes élevées le sentiment d'une injustice, parlant sans emphase, sans autre prétention que celle de montrer la déloyauté des attaques de son adversaire, animé du seul désir de faire triompher la vérité, rencontra partout la sympathie, recueillit d'unanimes applaudissements.

C'est à ce triomphe de la vérité sur l'imposture, de la modestie sur la morgue, de la simplicité sur l'emphase, que nos lecteurs s'associeront sans réserve quand ils auront lu la note ci-dessous de notre célèbre confrère, le professeur Frédéric Jäger, ainsi que la lettre de M. le professeur Flarer, qui relatent fidèlement l'histoire de la maladie du maréchal Radetzky.

Comme on le verra, la note de M. Jäger fait partie d'une communication verbale que nous avons faite à l'Académie, dans sa séance du 5 mai dernier ; nous lui conservons la forme qui lui a été donnée dans le *Bulletin* de cette compagnie, vol. IX, pp. 598-608.

11. — Communication relative à la guérison homœopathique de la maladie oculaire de M. le maréchal Radetzky; par le docteur FLORENT CUNIER.

Messieurs,

Lorsque, dans votre séance du 23 février (1), j'entendis revenir, pour la seconde ou la troisième fois, sur le fait de la *guérison homœopathique d'un fongus oculaire* dont avait prétendûment été atteint M. le maréchal Radetzky, je demandai la parole pour vous communiquer ce que je savais à ce sujet, afin de vous permettre d'apprécier exactement la part que l'homœopathie pouvait revendiquer en cette occasion. La clôture de la discussion ne m'a point permis d'entrer dans ces détails, que je voulais appuyer de documents authentiques de la plus irrécusable valeur.

Et cependant, je ne pouvais me taire; je ne pouvais laisser passer sans les relever les accusations formulées dans cette enceinte contre des hommes aussi honorables que MM. Jäger et Flarer; j'ai dû réclamer du bureau l'autorisation de revenir sur cet objet, en vous communiquant, au nom de M. le professeur Frédéric Jäger, membre honoraire de l'Académie, la relation de la maladie du maréchal Radetzky. Je vais avoir l'honneur de vous donner lecture de cette pièce; c'est M. Jäger qui parle :

« Dans le courant du mois de janvier 1841, M. le docteur Hartung, médecin d'état-major et médecin ordinaire de S. E. le comte de Radetzky, m'adressa, de Milan, une lettre dans laquelle il m'exprimait le désir que je voulusse bien énoncer mon avis au sujet d'une grave maladie oculaire dont était atteint l'illustre maréchal. A cette lettre se trouvait joint l'exposé suivant :

» Le maréchal est âgé de soixante et dix ans et compte cinquante-six années de service. Il a le corps ramassé et robuste; sa constitution est bonne, son tempérament est vif et irritable; il a conservé toute la vigueur de l'esprit, toute l'activité et pour ainsi dire toute la force du corps de sa jeunesse. Sans cesse actif, et toujours exposé à des influences nuisibles de toute espèce, ainsi qu'aux fatigues des camps et de l'état militaire, il n'a pu manquer d'être en proie à diverses maladies, pour la plupart de nature catarrhale ou rhumatismale, se présentant ordinairement sous forme de diarrhée ou de catarrhe des poumons, accompagnées de fièvre, auxquelles semblait le prédisposer

(1) Voir *Bulletin cité*, tom. IX, page 271.

l'organisation particulièrement mince et délicate de sa peau (*organisation vulnérable*). Quelques jours de repos et un régime sévère suffisaient presque toujours pour faire promptement disparaître ces maladies, sans qu'il en restât de suites; mais dans l'âge avancé, ces affections assez fréquentes se trouvèrent enfin suivies d'une irritation continuelle de la membrane pituitaire et de la trachée-artère, accompagnée d'une toux très-pénible, et aussi d'un épiphora chronique de l'œil droit, d'un gonflement inflammatoire et d'un ectropion partiel de la paupière inférieure. A ces incommodités se joignaient de temps en temps des dérangements de la digestion, des congestions sanguines vers la tête avec violents vertiges et céphalalgie.

» Le maréchal se trouvait dans cet état de maladie plus ou moins pénible, lorsque, le 9 octobre 1840, à l'époque des manœuvres du camp de Pardenone, il s'exposa durant six heures consécutives, et à cheval, alternativement à la chaleur accablante qui régnait dans les vallées et aux courants d'air des hauteurs. Il fut pris subitement, à la suite de cet exercice, d'une violente fièvre accompagnée de grandes douleurs dans la région du front et des tempes; il se déclara en même temps une inflammation de l'œil droit et des parties molles qui l'entourent; le globe se trouva chassé considérablement de son orbite. Les douleurs étaient si fortes, que le malade ne pouvait les supporter, et se trouva contraint de se coucher. Pendant la nuit, l'intensité du mal diminua à ce point que le lendemain S. E. se trouva en état d'assister à une parade militaire, et quelques jours plus tard elle put retourner à Milan.

» L'inflammation de l'œil, de même que la fièvre et les douleurs ne tardèrent pas à disparaître; mais outre les anciennes infirmités, il subsista une rougeur des paupières et un boursouflement de la conjonctive plus prononcés qu'auparavant; une tumeur appréciable à la vue et au toucher apparut dans l'angle palpébral externe et fit sortir le globe de son orbite.

» Cette aggravation n'empêcha cependant pas S. E. de conserver le commandement en chef et de s'occuper, comme d'habitude, des affaires du service.

» Le traitement avait été, dès le début de la maladie, comme il l'avait d'ailleurs été antérieurement, strictement homœopathique; les remèdes administrés le furent dans l'ordre suivant :

» 1. *Aconit.*; 2. *Baryt. carbon.*; 3. *Zincum metall.*; 4. *Anacardium orient.*; 5. *Calc. carbon.*; 6. *Euphrasia*; 7. *Mercurius Hahnemannii*; 8. *Merc. sublim. corros.*; 9. *Antimon. crud.*; 10. *Digitalis*.

» Tous furent administrés à la plus haute dilution d'après les préceptes homœopathiques, et avec la plus grande précaution, à cause de la grande irritabilité du patient.

» Mais comme la maladie de l'œil, malgré tous ces remèdes, ne diminuait point, qu'au contraire elle faisait des progrès, et que, outre la tumeur de l'angle interne de l'œil, il s'en était formé une semblable dans le canthe externe, affectant la forme d'une fève, tandis que le globe s'avançait de plus en plus hors de l'orbite, et que des douleurs et de temps en temps de fortes congestions se renouvelaient avec des accès de vertige, on commença enfin à trouver la maladie sérieuse, et le médecin ordinaire, M. le docteur Hartung, vit clairement qu'il s'était formé dans l'orbite un fongus dont l'accroissement était à craindre. En conséquence, et pour faire cesser l'inflammation, il ordonna des cataplasmes, qui, à ce qu'on dit, eurent du succès ; mais de crainte qu'une application trop suivie de ce moyen ne nuisît à l'œil, on les abandonna, et l'on eut recours à d'autres indications, savoir : d'arrêter autant que possible l'accroissement du fongus, de conserver tout l'organisme dans sa vigueur, et de rétablir la sérénité de l'esprit et de l'âme du malade.

» En même temps on fit venir de Pavie M. le professeur Flarer, pour lui demander son avis et son conseil. Celui-ci diagnostiqua une tumeur squirrheuse de l'orbite, proposa le *mercur. sublim. corros.*, et pronostiqua une issue défavorable. »

» La relation, dont je viens de donner un résumé fidèle, porte la signature du médecin ordinaire de S. E., M. le docteur Hartung.

» Je reçus en même temps une lettre de M. le professeur Flarer, à qui l'on avait donné le même ordre qu'à M. Hartung ; il me demandait à son tour mon opinion sur la maladie en question. Il en faisait une description exacte, et la considérait comme un *scirrhus periorbitae.*

» Avant que j'eusse pu répondre à ces deux missives, je reçus de M. le comte de Hardegg, alors ministre de la guerre, l'ordre de me rendre sans délai à Milan, pour exprimer à M. le maréchal tout l'intérêt que S. M. l'Empereur prenait à son état. Bien que S. E. ne manquât point d'assistance de la part des médecins, j'étais cependant chargé par S. M. de conférer avec ceux-ci, et d'expédier sans le moindre délai à Vienne mon rapport sur le résultat de cette consultation. Je m'empressai de déférer à cet ordre, et dès le lendemain de mon arrivée à Milan, une conférence eut lieu entre MM. Hartung, Flarer et moi. M. Hartung exposa, en présence de S. E., tout le cours de la maladie, en plein accord avec la relation qu'il m'en avait envoyée par écrit ; M. Flarer, de son côté, communiqua les observations qu'il avait faites, et signala les changements qu'il avait notés à la suite des deux visites qu'il avait rendues à l'illustre malade. Je procédai alors moi-même à l'examen et à la recherche du mal, afin de m'en convaincre par mes propres yeux, et voici le tableau de la maladie qui s'est offert à mes regards :

» Le globe de l'œil droit, sain dans toutes ses parties, est complétement

poussé en dehors de sa cavité par une tumeur qui non-seulement la remplit entièrement, mais la déborde même de beaucoup ; la saillie qu'il forme par la suite de l'écartement extraordinaire des paupières, est telle que, si celles-ci pouvaient se contracter, la fente se fermerait derrière le globe. Touchée à travers les paupières, cette tumeur sur laquelle le bulbe repose immobile comme sur un coussin, est dure comme pierre, inégale et bosselée ; la pression y cause de la douleur. Les paupières, voûtées par cette tumeur, sont avancées et énormément tendues dans toutes les directions, gonflées et immobiles ; elles sont de plus sillonnées par un réseau de vaisseaux variqueux ; la couleur de la surface externe en est altérée, d'un bleu foncé presque noir, de même que celle des parties du visage qui les environnent ; la surface interne (la conjonctive) est ramollie par le pus jusqu'au pli : elle est d'un rouge sale, baignée de mucosités sanieuses, et également traversée ou plutôt couverte d'un réseau serré de vaisseaux variqueux gorgés de sang. L'organe lacrymal paraît être tout aussi affecté que les parties molles. La glande est déplacée comme le globe ; elle est chassée dans la duplicature de la paupière supérieure, immédiatement près du bord supérieur et externe de l'orbite, où elle forme au toucher une tumeur lisse et ovale ; la caroncule et le sac lacrymal sont prodigieusement gonflés, durs et douloureux à l'attouchement. La cénesthèse dans les parties malades est fort dérangée et sujette à des douleurs tantôt poignantes et passagères, tantôt brûlantes et continues ; la température est augmentée en raison de la maladie.

» L'ensemble présente le tableau effrayant d'une métamorphose squirrheuse des parties molles de l'orbite, développée au plus haut degré, et sur le point de passer à l'état de carcinôme avéré. Cette forme de maladie, qui n'est nullement rare dans la pratique, ne peut certes pas avoir manqué d'être souvent observée dans son cours par tout chirurgien répandu et expérimenté.

» Quant à l'état de la santé générale du malade, le contraste est frappant. Le maréchal mange et boit avec appétit, ses fonctions naturelles sont régulières ; la vigueur du corps est en rapport avec l'âge ; le sommeil et la cénesthèse sont bons, tant qu'ils ne sont pas interrompus par des douleurs périodiques et locales. La mine du malade et la nuance de sa peau tendrement organisée sont celles d'un homme qui jouit d'une santé parfaite ; le teint n'offre point cette couleur de cire, on ne remarque pas davantage dans la physionomie qu' dans l'*habitus* du corps cette souffrance profonde, cet affaissement, ce dépérissement des forces, enfin cette émaciation des parties molles, qui d'ordinaire sont la suite d'un *processus* carcinomateux fort avancé, quoique encore local, ou bien d'une dyscrasie générale.

» Lorsque je me crus suffisamment instruit, et alors que j'étais sur le point de me retirer avec mes confrères, dans le but de conférer, S. E. m'a-

dressa ces paroles remarquables : « *Quoi que vous ayez à discuter, et quel* » *que soit le résultat de votre conférence, je vous déclare formellement que* » *je ne me ferai traiter par nul autre médecin que le docteur Hartung, ni* » *d'aucune autre façon que d'après le système homœopathique !* » Cette déclaration était péremptoire et rendait ma position, d'ailleurs assez épineuse sous le rapport politique, plus difficile encore. Néanmoins ces paroles ne m'empêchèrent point de pousser à fin la tâche qui m'était confiée, et de remplir mes devoirs de médecin, sans toutefois manquer aux grands égards qui étaient dus à la position non moins difficile de M. le médecin ordinaire.

» Nous trouvant enfin seuls, je réitérai de nouveau à M. le professeur Flarer et à M. Hartung mes questions sur la nature de la maladie et sur la possibilité de la guérir. Le premier la considérait, ainsi qu'il l'avait déjà fait antérieurement, comme le résultat d'un *processus squirrheux* dans l'orbite, près de devenir un carcinôme prononcé, et il doutait dès lors de la possibilité d'une guérison, en s'appuyant sur l'expérience journalière. M. Hartung nommait la maladie un *fongus* dans la période de transition en carcinôme avéré, et il disait que, bien qu'il eût employé en vain toute sa science jusqu'à ce moment, il comptait pourtant essayer encore certains remèdes homœopathiques, et en particulier le *carbo animalis*. Ayant rompu une discussion fâcheuse entre MM. Flarer et Hartung sur le charbon animal, et ayant déclaré, qu'après avoir entendu la volonté clairement prononcée de S. E., toute discussion en matière de thérapie me semblait ne pouvoir plus former l'objet de notre conférence, attendu qu'il ne s'agissait désormais pour nous que d'un éclaircissement sur la nature et la forme de la maladie en question, ainsi que sur les suites naturelles et nécessaires qu'elle devait avoir, je fis connaître à mon tour, après une récapitulation de l'origine et du cours de la maladie, mon avis sur sa nature ; je dis que j'envisageais la tumeur qui poussait le globe hors de son orbite, comme le produit pseudo-critique de la *periorbitis rheumatica* qui avait précédé, et qui, ayant pris un cours défavorable, avait dû, selon moi et à en juger par la forme et la nature caractéristique que prenait l'affection locale, dégénérer en une affection squirrheuse, laquelle, en passant à l'état de carcinôme réel, devait, d'après l'expérience de tous les médecins, se terminer inévitablement par la mort du malade.

» Je me rangeais ainsi de l'opinion de M. le médecin ordinaire quant à la manière d'envisager la maladie et ses conséquences ; mais, disais-je en concluant, la maladie, quelque maligne qu'elle paraisse quant à la forme, n'en est pas moins demeurée locale, bornée aux parties molles qui environnent l'œil ; enfin le malade se porte relativement bien sous les autres rapports, et aucun symptôme actuel n'autorise à admettre l'existence d'une dyscrasie cancéreuse primitive ou d'une dyscrasie générale produite par le mal local ;

d'après tout cela, je me crois tenu de faire observer que l'on peut nourrir encore l'espoir d'une issue pleinement favorable et d'une guérison parfaite. Ce serait le cas si une augmentation de la réaction inflammatoire se développait dans la tumeur, et qu'alors il devînt possible que l'endurcissement se ramollît, qu'il se formât une bonne suppuration ; la guérison pourrait survenir alors à la suite d'une évacuation du pus.

» Comme cette opinion sur la maladie et son développement futur ne semblait pas rencontrer l'assentiment de M. le docteur Hartung, qui ne se prononçait ni pour ni contre, et comme je voulais éviter de faire la moindre opposition, il fut décidé, d'un commun accord, que le diagnostic primitif, savoir : que la maladie de l'œil de M. le maréchal consistait en une dégénérescence squirrheuse des parties molles de l'orbite, menaçant de passer à l'état de cancer, et devant nécessairement finir par miner la vie même du malade, serait considéré comme le résultat de notre consultation et formerait la base de mon rapport à Vienne.

» Rentré près du maréchal, je lui appris le résultat de notre consultation, sans toutefois faire mention du diagnostic que nous avions arrêté, ni des conséquences prévues, en ajoutant que je n'étais point homœopathe, comme il le savait bien, et que par conséquent nous nous étions abstenus d'entamer aucune discussion relative au traitement, mais que, conformément à sa volonté expresse, nous avions abandonné ce dernier à M. le médecin ordinaire. Cependant, pour tranquilliser le malade, je crus devoir lui communiquer sur le cours futur et l'issue possible de la maladie l'avis même que j'avais déjà énoncé dans la conférence, et j'ajoutai mot à mot : « *que je formais des vœux* » *pour que l'inflammation de la tumeur augmentât bientôt et que des dou-* » *leurs plus fortes s'y fissent sentir, attendu que cela ne manquerait pas d'ame-* » *ner une suppuration, qui, par suite de l'écoulement du pus, opérerait la* » *guérison.* »

» Je ne fis part de cette attente à personne, si ce n'est à une dame très-proche parente du maréchal, ainsi qu'à son mari ; car, fidèle à mon devoir et à ce qui avait été décidé dans la consultation, je n'en avais fait mention ni dans mon rapport, ni dans mes entretiens avec des personnes faisant partie des autorités civiles ou militaires, présentes alors à Milan. Je me reposais, pour le cas où la suppuration aurait effectivement lieu, sur la véracité et la loyauté d'un homme d'honneur et d'un confrère !

» Qu'arriva-t-il cependant ?

» Quelques semaines après mon retour à Vienne, le bruit courut que le maréchal allait mieux ; je reçus en même temps une lettre de la dame de Milan, dont j'ai parlé, dans laquelle elle me mandait que mon espoir semblait sur le point de se réaliser, puisqu'une augmentation de douleurs était surve-

nue et avait effectivement occasionné un écoulement copieux de pus de l'œil malade. Dans un rapport adressé au ministère de la guerre, on lit :

« J'ai revu, pour la première fois depuis trois semaines, l'illustre malade, » et j'ai été surpris de l'amélioration considérable de son état ; je me livre en » conséquence entièrement à l'espoir de sa guérison parfaite. Il est survenu de » la suppuration ; le pus est jaune et ce qu'on appelle sain ; l'œil est entière- » ment rentré dans sa cavité. »

« Pendant que ce changement favorable s'opérait, et que néanmoins le docteur Hartung, ainsi que me l'écrivait la dame citée, continuait, par ses paroles contradictoires, à entretenir l'inquiétude, on fit de nouveau venir M. le professeur Flarer près du malade, pour entendre son avis. Ce médecin vit le maréchal ; mais il ne vit ni l'œil malade, ni M. Hartung : il fallut remettre la consultation au lendemain ; mais qui n'arriva point à l'heure fixée ? ce fut M. le docteur Hartung ! Il se fit excuser sur une indisposition, tout en donnant l'ordre précis de ne point ôter l'appareil de dessus l'œil pendant son absence, ni en présence de M. Flarer. Sans donc avoir rien pu examiner, sans avoir pu recueillir aucun éclaircissement quelconque de la part du docteur Hartung, relativement à la marche de la maladie depuis que j'avais quitté Milan, M. Flarer en fut pour la peine d'un voyage inutile, et s'en retourna à Pavie. Sur ces entrefaites, M. Hartung m'écrivit à Vienne :

« Que M. le maréchal, ayant continué d'être traité selon les principes de » l'homœopathie, se portait mieux ; que la tumeur fongueuse de l'orbite avait » disparu ; que les douleurs avaient cessé ; que l'œil avait recouvré son ancienne » mobilité, et que le changement du fongus en carcinôme, que l'on avait sup- » posé dans la consultation, n'était plus à craindre ; enfin il m'exprimait com- » bien il regrettait que M. Flarer n'eût pas eu occasion de se convaincre par ses » propres yeux de ce changement favorable. »

» Ce qui caractérise le plus la manière de procéder comme collègue et la politique de M. Hartung, c'est le rapport qu'il adressa en même temps au ministère de la guerre, et dans lequel il est dit en propres termes :

« Que bien que le professeur Jäger eût déclaré le maréchal incurable et » perdu sans ressource, celui-ci se portait néanmoins déjà beaucoup mieux, et » que lui (*Hartung*) ne l'en guérirait pas moins entièrement par l'homœopathie. »

» A ce rapport se trouvait joint, apparemment pour étaler aux yeux des non-initiés toute la supériorité de son art, ainsi que son mérite en cette occasion, le dessin colorié d'un œil malade, chassé par une tumeur de sa cavité, et censé figurer celui du maréchal. Il est, toutefois, bien digne de remarque que le maréchal n'a jamais permis de prendre le dessin de son œil malade ;

qu'en outre le dessin en question n'était qu'une mauvaise copie faite d'après l'ouvrage de M. Panizza : « *Sur le fongus de l'œil,* » et que, probablement par méprise, au lieu de l'œil droit et malade du maréchal, on avait représenté un œil gauche. M. le docteur Griesselich, de Carlsruhe, à qui on avait envoyé ce dessin pour qu'il le publiât dans son *Journal homœopathique,* m'écrit :

« Le misérable dessin de l'œil malade de M. le comte Radetzky se trouve en » original entre mes mains; je l'ai reçu accompagné d'un phébus par lequel » on m'invite à le faire imprimer dans mon journal; mais je n'ai pu accorder » place à des choses aussi contraires à la saine pathologie. »

» La lettre de M. Hartung, dont je viens de parler, fut sa dernière communication avec moi; ce ne fut que par les journaux et par des rapports verbaux que j'appris la guérison de M. le comte de Radetzky. On comprend quelle impression et quel bruit a dû causer partout la nouvelle de la guérison du maréchal ; cette guérison dut d'autant plus surprendre et étonner, que, d'après le résultat de la conférence, rendu public et toujours sous les auspices de mon nom, on s'attendait à chaque instant à apprendre précisément l'opposé.

» On sait par quels chants de triomphe, dans les salons comme dans tous les journaux politiques et littéraires, cette prétendue guérison homœopathique a été exploitée et répandue par tous les homœopathes et leurs adhérents fanatiques, tout en cachant avec préméditation les circonstances et les apparitions sous lesquelles ce changement favorable avait eu lieu. Un pareil triomphe ne devait étonner personne; le contraire seul eût paru inouï et incroyable.

» L'effet qu'une telle altération de la vérité, une manière aussi coupable de répandre cette affaire, exercèrent sur moi, fut celui de l'indignation et du mépris pour tous ceux qui y étaient impliqués, et j'en éprouvai un tel dégoût, que je trouvai absolument indigne de moi de prendre la résolution d'élever la voix publiquement contre des duperies, des calomnies et des mensonges aussi odieux. Mais ayant été acccusé plus tard, de la manière la plus haineuse, d'être l'auteur d'un mémoire intitulé : « *Bassesse homœopathique,* » qui a paru dans la *Gazette médico-chirurgicale de Salzbourg,* mémoire destiné, il est vrai, à rétablir la vérité, mais qui, ayant été rédigé par quelqu'un qui n'était point acteur dans cette affaire, contenait cependant plusieurs inexactitudes, ce n'est qu'alors que je me crus obligé, pour l'honneur de notre art et de la science, d'exposer les choses telles qu'elles s'étaient passées en réalité, et de les rendre publiques par l'organe de la *Gazette universelle de médecine de Berlin* et du journal homœopathique de Griesselich : *l'Hygea,* de Carlsruhe.

» Dès lors toute polémique cessa, autant du moins que je sache, jusqu'au moment où les victoires du maréchal Radetzky firent naître chez M. Hartung et ses partisans l'idée d'en profiter pour recueillir un nouveau triomphe; aussi la prétention de celui qui se flattait d'avoir préservé d'une mort précoce le *sauveur de la patrie*, avait, tout aussi bien que ce héros lui-même, les plus justes titres à la reconnaissance publique : une pareille prétention, dis-je, n'était certes ni si absurde, ni si mal avisée! Cette prétention, avec tout son corollaire, fut en effet produite dans le journal politique d'Agram; mais l'article qui y était relatif renfermait de nouveau des données et des conclusions tellement fausses relativement à l'histoire de la guérison du célèbre maréchal, et énonçait des imputations tellement injurieuses à mon égard, qu'il me sembla de nouveau être de mon devoir d'intervenir et de rétablir la vérité par quelques observations que je fis insérer dans la *Gazette de Vienne*, organe officiel du gouvernement, et dans lesquelles il m'a été facile, tout en m'en rapportant à l'illustre maréchal lui-même, de démasquer le mensonge et la calomnie.

» Telle est l'histoire de la maladie et de la guérison du maréchal comte de Radetzky.

» Comme conclusion, et nullement pour m'excuser de m'être trompé, mais bien pour donner un avis salutaire à de plus jeunes collègues, je terminerai en faisant connaître ici mon opinion.

» Le cours et l'issue de la maladie ôtent tout doute sur sa véritable nature et sa forme caractéristique; ce n'était d'abord qu'une simple *periorbitis rheumatica*. Par suite d'un mauvais traitement, ou plutôt à cause de l'absence de tout traitement, le mal a continué sa marche; il s'est organisé des dépôts pseudo-critiques, dont l'amas, le volume toujours croissant, a chassé le globe de l'œil de plus en plus hors de sa position naturelle dans l'orbite, en le faisant sortir à travers la fente des paupières, et a occasionné ainsi, comme autant de symptômes secondaires, tous les accidents dont il a été rendu compte dans la description ci-dessus. Ces exsudats intra-orbitaires sont passés à l'état de suppuration, et ont formé un véritable abcès, qui, lors de ma présence à Milan, était probablement déjà formé en partie, et que j'avais bien soupçonné par les raisons que j'ai exposées. C'est dans cette supposition même, que dans la conférence et en présence du maréchal j'avais articulé la possibilité de la guérison par cette terminaison, sans avoir, il est vrai, soutenu cette déclaration avec certitude et précision; car, ce qui avait le plus contribué à la grande difficulté de reconnaître parfaitement le véritable état de la maladie, c'était la considération surtout de l'âge du malade et du cours chronique de la maladie, pour ainsi dire, toute l'apparence externe du mal, et la ressemblance frappante qu'il présentait, quant à la forme et aux particularités, avec

un *processus* squirrheux des parties intra-orbitaires, sur le point de passer à l'état de carcinôme prononcé; c'était, en outre, la difficulté de reconnaître la présence d'un abcès dans l'orbite à la simple vue ou même au toucher, à cause de la propriété des parties qui entourent l'orbite, pour ne point parler de la sensation trompeuse de fluctuation qui a lieu lors d'une métamorphose fongueuse. Il faut bien remarquer encore qu'il m'a fallu juger le cas après ne l'avoir examiné qu'une seule fois, et que le malade s'était absolument refusé à tout traitement ou examen ultérieur, différent de la méthode homœopathique, et propre à une reconnaissance certaine.

» Au reste, tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer et de traiter des maladies des parties péri-orbitaires de ce genre,—et tout chirurgien qui a de la pratique les connaît par expérience, puisqu'elles ne se rencontrent pas trop rarement, — sauront bien apprécier les difficultés qui, dans ces sortes de cas, rendent le diagnostic si douteux; et s'ils sont honnêtes, ils avoueront franchement combien il est facile de s'y tromper. Combien de fois n'est-il pas arrivé que des chirurgiens, dans la conviction d'ouvrir un abcès, ont plongé l'instrument dans un fongus? »

Telle est, Messieurs, la communication que M. Jäger m'a prié de vous faire. Le caractère et la science de notre illustre collègue vous sont trop connus pour que j'essaie de faire ressortir l'importance que doit avoir sa relation. Je vous dirai toutefois qu'à ma sollicitation, M. le professeur Flarer, de Pavie, qui a été appelé à conférer avec MM. Hartung et Jäger, vient de m'adresser une lettre dont je regrette beaucoup de ne pouvoir vous donner lecture, car elle est écrite en allemand; cette lettre, Messieurs, confirme de tous points la relation de M. Jäger.

III. — Note sur la maladie oculaire du maréchal Radetzky. Extrait d'une lettre adressée au docteur FLORENT CUNIER, par le docteur FLARER, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Pavie, etc. (1).

Das war kein Heldenstück, Octavio!

SCHILLER.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai hésité un instant à revenir sur un fait qui s'est passé depuis

(1) Traduit de l'allemand, sur le manuscrit de l'auteur, par le docteur BINARD.

assez longtemps déjà ; mais il m'a semblé que le premier devoir d'un honnête homme est de démasquer l'imposture.

Je me suis donc cru obligé de répondre à votre lettre du 24 février, qui ne m'est parvenue que dans le courant du mois de mars ; malheureusement des affaires urgentes m'ont empêché de le faire plus tôt : je viens aujourd'hui m'acquitter envers vous, en vous envoyant le récit exact et complet de tout ce qui s'est passé à l'occasion du fait dont vous m'entretenez.

Au mois de janvier 1841, un aide de camp vint me chercher de la part de Son Excellence le feld-maréchal comte de Radetzky; Sa Majesté l'Empereur avait ordonné qu'on lui adressât un rapport sur l'état de l'œil du maréchal. C'est ce que je fis dans une lettre adressée au professeur F. Jäger, de Vienne, et dont voici la copie :

« Mon cher Jäger,

» D'après votre recommandation, ainsi qu'on me l'a appris, j'ai été mandé près de S. E. le maréchal Radetzky. Cette confiance m'honore au plus haut point ; je lui dois d'avoir pu faire la connaissance d'un homme aussi aimable que haut placé, et qui est généralement très-estimé, mais qui malheureusement se trouve dans un état tellement fâcheux, que je crains de n'avoir pas su dissimuler l'impression douloureuse qu'il m'a produite, lorsque je l'ai vu pour la première fois. Vous en jugerez vous-même, car voici la description exacte de l'altération qu'offre son œil droit :

» Une tumeur volumineuse existe à la partie inférieure et interne de la paupière, dont elle a envahi le tiers, et descend à quelques lignes au-dessous du rebord orbitaire. La région du sac lacrymal n'en est pas entièrement recouverte ; toutefois elle a déjà une première fois apporté obstacle au cours des larmes, et elle gêne les mouvements du globe en dedans. Elle a environ 1/3 de pouce de hauteur; elle est aplatie, d'une couleur rouge foncé avec une teinte légèrement bleuâtre. On reconnaît tout à fait superficiellement et recouverte seulement par l'épiderme, une matière d'un rouge un peu jaunâtre, qui, sous une faible compression, présente de la fluctuation. La tumeur offre dans toute son épaisseur une grande dureté ; elle devient douloureuse quand on la comprime un peu fortement, et cette sensation de douleur s'étend alors à toute la région orbitaire supérieure. Sans être comprimée, il s'y manifeste même parfois, aujourd'hui, des élancements passagers, qui l'ébranlent dans toute son étendue et font éprouver au malade une sensation qui ressemble à celle de piqûres d'épingles. Je n'ai pas pu, à cause de la résistance qu'elle pré-

sentait, éloigner la paupière du globe de l'œil. Vue de côté, la conjonctive ne paraît pas granuleuse; elle est tuméfiée, d'une couleur rouge foncée et offre de la dureté au toucher. Au-dessus de la commissure externe, en haut et en dehors, la peau de la paupière fait une petite saillie et est légèrement œdémateuse. Si on passe le doigt sous le rebord orbitaire supérieur, on y rencontre également une tumeur résistante, dont la compression détermine l'abaissement du globe oculaire. Si la compression exercée est un peu plus forte, la tumeur devient douloureuse. En palpant avec le doigt l'angle externe de l'œil, on est arrêté, sous la poulie de l'oblique, par une tumeur lobulaire, dure comme la pierre, inégale et immobile, qui paraît être intimement adhérente aux os de l'orbite; le malade éprouve aussi de la douleur dans cet endroit. Cette tumeur qui fait saillie hors de l'orbite devient parfois le siége d'élancements passagers.

» Le globe oculaire, d'ailleurs entièrement sain dans son ensemble, fait une saillie de 2 lignes environ hors de la cavité orbitaire; il a conservé sa mobilité dans tous les sens : ce n'est que dans l'angle interne que la tumeur palpébrale entrave ses mouvements. Sa texture n'a éprouvé aucun changement. La vue est seulement un peu affaiblie, mais toutefois assez bonne. Ce n'est qu'à l'endroit où la conjonctive se réfléchit sur le globe qu'on aperçoit quelques vaisseaux légèrement variqueux. Tout le tissu cutané externe présente une teinte un peu bleuâtre. Malgré une sécrétion muqueuse assez abondante, l'œil a conservé toute sa transparence. Le malade sent parfaitement que l'organe oculaire sort de sa cavité; mais sa santé générale est bonne ; son appétit excellent; son sommeil est paisible, rarement entravé par la douleur; il a d'ailleurs conservé sa bonne humeur. Une dose d'aconit a toujours suffi jusqu'ici pour calmer les accidents qui troublaient son sommeil; enfin, sa constitution n'a nullement souffert, et en le voyant, on ne lui donnerait pas son âge (77 ans), car si sa figure présente cette délicatesse de la peau qui appartient à la *constitution* dite *vulnérable*, elle n'offre nullement cette couleur légèrement plombée qui est particulière aux cachexies. Son Excellence attribue ce mal à un coup de soleil qu'elle aurait reçu pendant les manœuvres de l'automne dernier : l'œil ayant alors été fortement enflammé, un commencement d'exophthalmie aurait eu lieu; mais tous les accidents n'auraient pas tardé à s'amender.

» Une chose digne de remarque dans les circonstances anamnestiques, c'est, selon moi, une grande prédisposition aux congestions cérébrales, qui, à deux reprises différentes, ont été accompagnées de chute avec perte de connaissance. Doit-on attribuer ces accidents au hasard? ou bien la masse indurée s'est-elle fait voie par la fente sphénoïdale dans la cavité crânienne?

Mais l'intelligence n'a jamais éprouvé le moindre trouble, ce qui est certes d'un heureux augure. J'ai déjà vu, du reste, des tumeurs fibreuses dont le développement s'était étendu dans le crâne et qui comprimaient une moitié du cerveau, au point de le réduire au tiers de son volume, sans cependant amener aucun trouble dans les fonctions cérébrales.

» D'après ce que je viens de relater sur l'état actuel de l'organe oculaire, on peut admettre qu'il existe dans l'orbite une induration squirrheuse qui est sur le point de passer à la dégénérescence cancéreuse. Le mal a fait des progrès depuis trois mois; et malgré tous les remèdes homœopathiques, la paupière est devenue le siége d'excroissances fongueuses, la vue est troublée; l'apoplexie ou la fièvre lente nerveuse apparaissent en perspective.

» Le malade m'a demandé avec beaucoup de vivacité que je voulusse bien lui donner quelques éclaircissements sur l'exophthalmie. Pour ne point l'effrayer, je feignis d'admettre qu'un coup de soleil avait pu, en déterminant une inflammation chronique dans l'orbite, devenir la cause de cette exophthalmie : l'inflammation s'étant terminée par suppuration, l'œil était poussé en avant par le pus. La conséquence était que l'on devait attendre jusqu'au moment où ce pus viendrait faire saillie plus superficiellement, et alors une simple ponction suffirait pour le faire écouler et amener le retour de l'œil dans sa position. Si cela ne se passait pas ainsi, les progrès de l'exophthalmie ou la marche rétrograde de la tumeur nous indiqueraient ultérieurement le nouveau mode de traitement à employer. On prescrivit, en attendant, un huitième de grain de sublimé corrosif. Je m'étonnai que Hartung, l'homœopathe, qui était seul en consultation avec moi, et qui partageait complétement mon opinion sur le diagnostic de la maladie, pût admettre l'administration d'une telle dose. Plus tard on l'éleva jusqu'à 1/4 de grain par jour, non dans le but de combattre une maladie syphilitique, mais pour arrêter le développement de la masse squirrheuse et pour tâcher de la faire disparaître.

» On pouvait supposer que ce moyen ne suffirait pas. Que resterait-il alors à faire, sinon d'avoir recours à l'extirpation? Mais à la rigueur qu'y aurait-il de bon à attendre de cette opération?

» Le malade est dans un âge avancé et le carcinôme est une métamorphose vitale ultime. Si on enlève l'œil, il est à craindre que le cancer se manifeste dans les poumons ou dans quelque autre partie, où son développement se fera avec plus de rapidité qu'auparavant. Je le sais bien, et je l'ai entendu dire dans la consultation, le malade est perdu si on n'a pas recours à l'opération : celle-ci n'étant pas dangereuse en elle-même, pourquoi donc ne tenterait-on pas cette dernière ressource, bien qu'elle n'offre pas une grande

chance de succès? — Voilà bien le langage de la jeunesse! Vous vous rappelez sans doute ce cas de cancer énorme de l'œil, pour lequel Rust a pratiqué autrefois à Vienne, contre l'opinion de six autres chirurgiens, une opération qui a fait beaucoup de bruit, et qui parut être suivie d'un résultat très-brillant. Le malade mourut néanmoins au bout de six mois d'une paralysie de la moelle épinière, comme on l'a dit alors. Lisez ce que Rust en pense dans la deuxième édition de son ouvrage, et vous verrez qu'il est convaincu lui-même que le cancer s'est reproduit dans un autre endroit. Mais, dira-t-on, de cette manière on a pu prolonger la vie du malade pendant six mois? Je connais aussi, entre autres, un cas de cancer incontestable dans lequel, il y a dix ans déjà, on a voulu pratiquer l'opération; et cependant le malade vit encore: ce n'est plus, à la vérité, qu'un cadavre ambulant. Quoi qu'il en soit, mon cher Jäger, tout ce que je dis de l'opération est anticipé et j'y ai mis peut-être un peu trop d'animation. Pour le moment, il n'est nullement question d'opérer, car la vue du malade est toujours bonne. Qui sait si des moyens internes ne seront pas encore d'une grande utilité? Au mois d'août dernier, j'ai obtenu pour la première fois la guérison complète d'une exophthalmie: l'histoire de cette maladie sera publiée dans un journal de médecine. Je suis parvenu, à Milan, il y a deux ans, à arrêter les progrès de l'exophthalmie dans un autre cas.

» Votre expérience nous viendra bien certainement en aide pour tâcher de sauver notre illustre malade. Faites-nous donc connaître votre opinion à ce sujet le plus tôt possible. Vous pouvez avoir pleine confiance dans la description que je viens de vous donner de l'état actuel de l'œil du maréchal; les circonstances anamnestiques doivent déjà vous avoir été communiquées par M. le docteur Hartung. Pour ce qui est de moi, je vous ai dit ce qui me paraissait le plus important pour vous mettre à même de bien fonder votre jugement. »

A la suite de ce rapport, M. le professeur F. Jäger, médecin en chef d'état-major, fut envoyé à Milan par ordre de la cour, afin de s'entendre avec les médecins qui avaient déjà donné leurs soins au maréchal, sur le parti à prendre pour la suite. Il y avait environ quinze jours que la première consultation avait eu lieu, et il me parut que l'œil était dans un état plus satisfaisant. M. Jäger confirma mon diagnostic. Dans cette conférence, il n'y eut entre les trois consultants qu'une seule discussion un peu importante: ce fut dans le commencement, lorsque M. Hartung prétendit que l'induration avait son siége dans l'antre d'Hygmore. Je lui fis observer que dans ce cas le globe oculaire n'aurait pas dû être porté

directement en avant, et il abandonna son opinion. Pour ce qui est de l'affection oculaire, il la dénomma tantôt un *squirrhe*, tantôt un *fongus*, et préconisa encore une fois pour la combattre le *merc. sublim. corros*, l'*arsenic* et le *carbo animalis*. M. Jäger s'abstint de toute discussion sur les indications et les moyens internes. Je protestai contre l'emploi de l'*arsenic* et du *carbo animalis* : le premier, selon moi, était dangereux et n'était, dans le cas actuel, ni nécessaire, ni convenable. Quant au charbon animal avec lequel M. Hartung prétendait guérir ou avoir guéri des cancers de l'utérus ou du sein, la morve chez le cheval et d'autres affections considérées comme incurables, j'objectai, à son grand déplaisir, que, d'après mon observation au lit des malades, je devais considérer ce médicament comme presque sans efficacité, et que, d'après ses propriétés thérapeutiques, ce n'était rien de plus qu'un morceau de rôti de veau brûlé.

Il fut résolu qu'on continuerait l'usage du sublimé corrosif et, en cas de modification dans la maladie, que l'on me ferait venir de Pavie qui n'est qu'à trois lieues de Milan, tout en employant d'ailleurs un traitement qui, d'après la volonté expresse du malade, reposerait sur les principes de l'homœopathie. On donna enfin au maréchal l'espoir que l'induration allait se ramollir en passant à la suppuration ; qu'on chercherait à favoriser celle-ci par l'application de fomentations émollientes.

Huit jours plus tard, le bruit commença à se répandre dans le public que le malade allait mieux. Quinze jours environ après cette époque, la comtesse Mme W....m, fille du maréchal, m'envoya un officier d'état-major, chargé de me faire savoir que, d'après le dire général, l'état de son père s'améliorait sensiblement ; qu'elle même le croyait, mais qu'elle désirait que je pusse lui donner cette consolante assurance. Ce fut cette dame qui me présenta à son père, qui se disposait à enlever le bandeau qui couvrait l'œil malade, lorsqu'il réfléchit que l'heure à laquelle on renouvelait ordinairement le petit appareil allait bientôt arriver. On envoya en conséquence chercher M. le docteur Hartung, en le priant de vouloir bien venir ce jour-là un peu plus tôt, pour panser l'œil en ma présence.

M. Hartung ne vint pas. Il adressa au maréchal un billet dans

lequel il lui recommandait de ne laisser voir son œil à personne. Il me fut donc impossible de voir la partie malade.

Est-ce là le triomphe de l'homœopathie?

Je vous ai raconté maintenant tous ces faits parce que vous l'avez désiré dans l'intérêt de la science. Le reste de ma communication n'est que la copie d'une lettre que j'ai adressée à un ami : en l'écrivant, je ne songeais nullement qu'elle dût être un jour livrée à la publicité; aussi ce qu'elle renferme n'en est-il que plus véridique.

Il ne serait peut-être pas sans importance d'ajouter encore ici que M. Hartung lui-même redoutait une complication constitutionnelle et générale du processus inflammatoire, car on disait dans le cercle qui entourait le maréchal, que celui-ci prenait le mercure, ce qui d'ailleurs m'a été assuré par un autre médecin militaire qui était présent par hasard chez Mme la comtesse W....m, et qui venait souvent dans la maison.

Je laisse maintenant à tous les médecins instruits le soin de juger si c'est le mercure qui a produit la guérison, ou si l'affection ne consistait pas dans un abcès de l'orbite tout à fait négligé et mal traité, et si la guérison n'est pas due à l'ouverture de l'abcès, qui s'est faite spontanément ; enfin, si on a eu affaire à un squirrhe ou simplement à une inflammation avec caractère malin, et si c'est le sublimé ou $\frac{1}{12,000,000}$ de *thuja occidentalis* qui a fait cette cure merveilleuse.

Quant à la conduite de M. Hartung comme collègue et comme médecin, je crois qu'elle n'a pas besoin de commentaire.

Recevez, etc.

FLARER.

Pavie, 28 avril 1850.

IV. — Épilogue.

Le fait dont nous venons d'entretenir nos lecteurs ne servira pas seulement à faire ressortir la *haute dose d'habileté* dont peuvent être doués les partisans des doses infinitésimales; il aura aussi pour effet de démontrer une fois de plus la nécessité d'élucider la question du diagnostic différentiel de certaines tumeurs qui se développent dans l'orbite.

Il n'est pas un chirurgien-oculiste ayant une pratique quelque peu étendue, qui n'ait, à plus d'une reprise, éprouvé le plus sérieux et le plus légitime embarras pour reconnaître la nature de quelques-unes de ces tumeurs, et qui ne se rende parfaitement compte de l'erreur de diagnostic commise par MM. Jäger et Flarer, appelés à examiner un malade qui reçoit son monde comme l'a fait le maréchal Radetzky et qui ne se prête pas avec le plus parfait bon vouloir et la plus grande patience à l'emploi des divers moyens d'exploration auxquels il est indispensable de recourir en pareil cas. Obligés de se prononcer d'après le commémoratif fourni par M. Hartung et d'après des signes objectifs imparfaitement recueillis, ces deux professeurs ne pouvaient émettre d'autre avis que celui qu'ils ont formulé, en accordant, pour le pronostic, une grande valeur à l'absence des symptômes généraux caractéristiques de l'affection à laquelle ils devaient estimer avoir affaire. C'est l'absence de ces symptômes qui a inspiré à M. Jäger cette réserve, ces restrictions si sages et si prudentes, que l'événement a complétement justifiées.

Les observations d'abcès chronique, de même que celles d'abcès sub-aigu de l'orbite, sont tellement rares dans la littérature médicale, que nous croyons devoir faire appel à ceux de nos confrères qui ont eu l'occasion d'en recueillir; en les publiant, ils rendront un grand service à l'ophthalmologie. Déjà, pour notre part, nous en avons fait connaître quelques-unes; nos cartons renferment encore les notes de trois ou quatre autres, dont l'une mérite particulièrement d'être exposée : il s'agit d'un abcès à marche alternativement chronique ou sub-aiguë, qui a été pris pour une dégénérescence squirrheuse; l'aspect et la consistance de la tumeur, les signes subjectifs, l'état général du malade, une ponction exploratrice faite en présence et avec l'aide d'un anatomo-pathologiste célèbre, confirmaient dans cette opinion, et l'extirpation avait été proposée au malade, qui n'y avait pas consenti, lorsqu'enfin le pus s'est fait jour à travers le plancher de l'orbite, et bientôt l'œil a pu rentrer dans sa cavité, d'où il était propulsé depuis plus d'un an. L'espace nous manquant aujourd'hui, nous devons renvoyer à une prochaine livraison de nos *Annales* la relation de ce fait important.

DU PHOSPHÈNE, OU SPECTRE LUMINEUX OBTENU PAR LA COMPRESSION DE L'OEIL, COMME SIGNE DIRECT DE LA VIE FONCTIONNELLE DE LA RÉTINE, ET DE SON APPLICATION A L'OPHTHALMOLOGIE;

Par le docteur SERRE (*d'Uzès*),

Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., à Alais (*).

Le même agent, la même cause exerçant son action sur les organes des sens, aboutit ordinairement à une impression qui varie selon sa spécialité et qui se transforme en une sensation analogue à celle que ces mêmes organes sont destinés à éprouver, lorsqu'ils sont en contact avec leurs excitants naturels. Ainsi, sur l'organe du goût, de l'odorat, de l'ouïe, du tact, comme sur celui de la vue, une action mécanique, chimique, électrique, est suivie d'une perception qui ne diffère en rien de celle que provoque le contact de la substance sapide, odorante, sonore, tactile et lumineuse.

Pour la vue particulièrement, la sensation lumineuse apparaît sous l'influence des causes les plus variées. La circulation du sang, l'électricité, les substances toxiques, les actions chimiques, mécaniques, l'attention portée sur l'œil d'une manière subjective : toutes ces causes aboutissent à un fait lumineux, comme si elles étaient, par leur nature, assimilées à la lumière elle-même. Ces faits échappent à notre investigation, et notre inquiète curiosité, après avoir vainement cherché à en pénétrer le mystère, s'arrête, confondue et frappée d'admiration, en présence des lois merveilleuses qui président à leur accomplissement.

Parmi ces faits, il en est un bien simple, connu depuis fort longtemps, dont les physiciens seuls se servaient pour se rendre compte de certains phénomènes, et qui mérite d'être exhumé de leurs traités scientifiques, afin d'être utilisé comme signe diagnostique pour la distinction des maladies oculaires dans lesquelles il est si important de constater l'état de la rétine et le degré d'affaiblissement qu'elle a pu subir. C'est sous ce point de vue, c'est-à-dire comme moyen propre à faire connaître l'étiologie souvent fort obscure de certaines altérations fonctionnelles de l'œil, et à rendre par consé-

(*) Voir un premier article dans les *Annales d'Oculistique*, vol. XIX, pp. 74-76.

quent d'immenses services aux praticiens dans l'appréciation de diverses indications relatives à ces mêmes altérations, que nous avons étudié le fait que voici :

Une faible pression, exercée sur le pourtour de l'œil, fait naître deux impressions lumineuses simultanées : la plus forte apparait au point opposé dans l'intérieur de l'organe ; la plus faible sous le doigt ou le corps qui le presse, et l'une et l'autre sous la forme d'une portion d'anneau lumineux diversement coloré, tantôt blanchâtre, tantôt bleu clair, circonscrivant un fond obscur quelquefois, et clair dans certains moments. Dans ce dernier cas, l'anneau en question est toujours en rapport avec un autre anneau foncé, concentrique. Le rapport des deux taches, de la grande à la petite, est comme 1 est à 4 environ, quant à la grandeur et à l'intensité de la lumière qui les circonscrit.

Lorsque la pression a lieu à la partie externe de l'œil, la photopsie est formée par un cercle lumineux dans les trois quarts de la circonférence ; le quart qui manque correspond en arrière et semble se perdre sous la voûte orbitaire du côté du nez.

Sur la partie interne, la pression fait naître la photopsie du côté de la tempe, avec des caractères un peu différents. La tache apparait sous une forme plus grande, les bords en sont bien limités et l'intérieur un peu plus clair.

La partie supérieure de l'œil, pressée de la même manière, est le siége de la perception d'un fragment de cercle lumineux au point opposé, c'est-à-dire sur le rebord orbitaire inférieur ; il est à contours bien dessinés ; la section qui manque est en arrière.

Le phénomène lumineux se montre près du rebord orbitaire supérieur lorsque le globe oculaire est comprimé à sa partie inférieure, mais réduit extrêmement quant à la section du cercle dont on n'aperçoit que le tiers environ.

On remarque des différences très-notables dans la forme circulaire du phénomène lumineux : tantôt il représente une portion de cercle parfait, d'autres fois il est elliptique, d'autres fois encore, il offre des dépressions et des irrégularités qui semblent devoir correspondre avec la forme prise par la rétine sous l'action variée de la pression et du corps qui la détermine.

Le spectre est tremblotant, vacillant, et semble persister tant que la compression dure. Newton croyait que la photopsie s'évanouissait en une seconde quand l'œil et le doigt demeurent en repos ; sir D. Brewster modifia la proposition de Newton et soutint que le phénomène continuait tant que durait la pression. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est fort difficile d'apprécier cette durée, que la pression répétée deux ou trois fois par seconde le rend plus évident, plus clair, qu'il s'amortit et s'éteint sous la *même pression* dans un temps très-variable, mais assez court ; que s'il se prolonge bien au delà des limites assignées par Newton, on peut l'attribuer à l'action tremblotante de la main qui ravive la compression et partant le cercle lumineux, ou à l'action des muscles qui, en se contractant involontairement, produisent des frottements contre le doigt, lesquels équivalent à la pression directe elle-même ; de telle sorte que le globe de l'œil restant en repos par un acte de la volonté, et l'action du doigt continuant à comprimer l'œil, la tache s'affaiblit très-vite, le cercle lumineux disparaît et se trouve remplacé, pour un temps très-court, par une simple tache que l'observateur le plus habile perd presque immédiatement de vue ; et si elle se montre alors, c'est que la pression a été plus forte. Toutefois, si l'impression ne s'évanouit pas en une seconde, sa plus grande intensité ne va pas au delà de cette courte durée.

Pour rendre la photopsie plus apparente, il faut comprimer en même temps les deux yeux dans leur partie supérieure : alors le plancher orbitaire est fortement éclairé par deux cercles lumineux s'enchevêtrant et formant ainsi une ellipse très-ample à foyers rapprochés.

Inférieurement pressé, l'œil rend faiblement ce phénomène. Dans ce cas, sa compression extérieure a le plus ordinairement besoin d'être plus souvent renouvelée pour devenir sensible. En imprimant dans la nuit des mouvements brusques aux deux yeux, le même phénomène a lieu : la tache se présente moins large, mais encore assez claire, et correspond aux points d'insertion des muscles droits ; sa forme représente la section d'un quart de cercle ou celle de deux quarts de cercle en regard l'un de l'autre, sans se toucher par leur extrémité.

La pression exercée sur la cornée à travers les paupières ne détermine pas de cercle lumineux.

En faisant ces expériences sur soi-même et en portant toute son attention sur le point pressé par le doigt, on finit par constater, malgré la vivacité du phénomène opposé, qu'immédiatement au-dessous de ce doigt, il existe un autre cercle lumineux inférieur au premier tant en dimension qu'en intensité, mais ayant absolument la même figure et présentant la même déformation dans sa circonférence, dont un quart de section fait défaut ; sa position est la même que celle de la grande image opposée et son échancrure est placée du même côté.

Dans une obscurité complète, on aperçoit mieux le phénomène qu'en plein jour et lorsque l'œil est ouvert. Il n'est jamais plus apparent que lorsque, venant d'un jour éclatant, on fait l'expérience dans un appartement médiocrement éclairé.

Sir D. Brewster explique ce phénomène singulier par l'accroissement de pression causé par la résistance de la partie opposée de la rétine ; une double compression est alors exercée aux deux extrémités de l'axe de pression, et un anneau de liquide se forme autour du point comprimé par le doigt et un autre au point déprimé de la rétine, d'où résultent à la fois le cercle lumineux qu'on perçoit sous le point de pression et celui qui lui est diamétralement opposé. La *dilatation* de la rétine serait en dernière analyse, selon l'auteur, la cause du phénomène ; mais on pourrait tout aussi bien, ce nous semble, supposer l'aplatissement de cette membrane, car rien ne prouve cette expansion.

Quoi qu'il en soit de la nature du changement moléculaire éprouvé par la rétine, nous savons empiriquement qu'une action mécanique sur cette membrane produit, lorsqu'elle est dans son état physiologique, une impression lumineuse ; que la forme de cette impression doit être ronde, comme la dépression elle-même, et que, là où cette déformation a lieu, un phénomène lumineux doit s'accomplir. Jusque-là tout se comprend sans s'expliquer pourtant d'une manière très-suffisante.

En effet, comment concevoir l'existence d'un grand anneau coloré, loin, bien loin du lieu de la pression. Est-ce que, comme

le suppose D. Brewster, l'effet de cette dernière se sera prolongé tout le long de l'axe, aura été refouler la rétine du côté opposé et produire deux images ? Ou bien, assimilera-t-on cette impression du doigt sur la rétine aux phénomènes normaux de la vision, qui renversent les dispositions de toutes les images ? Dans ce cas, une seule se produirait loin du doigt et serait la suite d'une action renversée. Cette dernière hypothèse n'expliquerait pas pourquoi l'image virtuelle serait infiniment plus petite que l'image apparente ; elle n'expliquerait pas non plus pourquoi le renversement n'est pas complet, car cette figure annulaire présente dans les deux cas une coche ou échancrure dans la même position. Ainsi, la pression sur la partie externe de l'œil gauche fait naître sous le doigt un cercle brisé à droite et un autre vis-à-vis brisé également à droite. Si celui-ci était seulement le produit d'une simple perception renversée, la coche, au lieu de se trouver à droite, se présenterait à gauche.

Müller pense qu'une image née sur la rétine sans le concours de la lumière, c'est-à-dire sans avoir été modifiée par les milieux réfringents de l'œil, n'est pas renversée, et cependant il laisse supposer l'hypothèse contraire, *lorsque les yeux sont fermés* : alors, dit-il, si l'on comprime l'œil dans sa partie supérieure avec le doigt, l'image se montre en bas ; elle apparaît en haut, à droite, à gauche, si l'on opère de même sur les parties inférieures, gauches et droites. Ce grand physiologiste n'a probablement pas remarqué que dans cette circonstance, comme lorsque l'œil est ouvert, par un simple effet de l'attention et de la volonté on peut toujours apercevoir avec plus ou moins de netteté l'image directe occasionnée par la pression du doigt au-dessous duquel elle se trouve réduite, très-pâle et en général très-peu apparente.

Une secousse donnée par la pulpe du doigt sur la cavité abdominale d'un ascitique imprime au côté opposé de cette cavité une impulsion que la main perçoit très-clairement, et l'espace qu'elle y occupe paraît très-agrandi ; or, en considérant l'œil comme une sphère à parois élastiques remplie de fluides incompressibles, on comprend qu'une pression exercée sur l'un des points de sa circonférence puisse changer la forme de la rétine dans sa partie

correspondant au point placé sous le doigt et la modifier de manière à produire dans ce point un phénomène lumineux. L'ondulation du liquide déplacé, se propageant selon l'axe de pression et grandissant dans sa marche, va heurter la membrane nerveuse au point diamétralement opposé, et là se manifeste la seconde image plus grande et plus lumineuse que la première. Cette explication, sans être irréprochable, embrasse le phénomène d'une manière plus large et satisfait beaucoup mieux notre esprit, toujours avide d'explications.

Une objection à cette théorie pourrait sortir de ce fait que la compression de la cornée n'est suivie d'aucun phénomène entopsique.

Il semble bien, d'après cette explication, qu'une image devrait se former au fond de l'œil par l'effet de l'ondulation ou du flot qui, dans ce cas de compression de la cornée, comme dans ceux où tout autre point de la circonférence oculaire est le siége de la pression, va aussi frapper inévitablement la rétine près du nerf optique, en suivant l'axe de pression, et cependant il n'en est rien ; mais tous les physiologistes savent que le *punctum coecum*, correspondant à l'extrémité de cet axe, peut, jusqu'à un certain point, faire comprendre pourquoi la compression n'y produit pas son effet ordinaire, puisque la lumière directe elle-même est sans action sur cette partie de la membrane nerveuse. Quant à l'image directe, immédiate, qui naît sous le doigt, on sait très-bien que la membrane de Descemet n'a aucune des propriétés optiques de la rétine et qu'alors cette image ne peut exister. Sans le *punctum coecum* le défaut d'image dans cette expérience serait une objection très-grave à faire à l'hypothèse admise, car on serait fondé à nier alors la possibilité de la seconde image, et celle-ci ne se manifestant pas, on serait autorisé à regarder le phénomène entopsique comme l'effet du renversement du spectre né sous l'impression du doigt.

De la manière de produire le phosphène.

Sous une pression lente, très-graduée, agissant sur le pourtour de l'œil à travers les paupières fermées, le phénomène ne se produit pas ; à quelque degré de force que cette pression s'élève,

même jusqu'à la douleur, la rétine n'aperçoit absolument rien, elle reste dans une obscurité complète ; mais elle s'éclaire par le spectre si le doigt est brusquement retiré. Ce phénomène n'a pas lieu lorsque la pression cesse graduellement.

Avec la *pulpe* du doigt comprimant par saccades le globe, l'anneau se montre avec moins d'évidence que lorsque *l'ongle* opère cette pression.

Pour avoir donc le phosphène le plus apparent possible, il convient de presser l'œil avec un corps dur et un peu anguleux, et de renouveler le choc au moins deux fois dans une seconde, puisque la plus grande intensité ne dépasse pas ce temps en durée moyenne. Puis il faut agir de préférence sur la partie de l'œil qui est du côté du nez. Sur plus de mille épreuves faites en ce point, le cercle lumineux s'est toujours rencontré, et en outre il a toujours été ou plus brillant ou au moins aussi brillant que les autres nés sous la pression des parties restantes du pourtour de l'œil ; ces derniers ont souvent manqué, surtout l'anneau sus-orbitaire. Désormais nous désignerons par les noms de *sus-orbitaire* le phosphène qui apparaît lorsque l'œil est pressé en bas ; de *sous-orbitaire*, lorsqu'il est pressé en haut ; de *nasal*, lorsqu'il est pressé en dehors, et de *temporal*, lorsqu'il est pressé en dedans, et enfin de *peri-orbitaire* le trajet lumineux produit par le parcours continu du doigt comprimant le tour de l'œil.

On pourrait obtenir une double lumière annulaire en comprimant en même temps avec les deux doigts un même côté de l'œil. C'est souvent un moyen très-bon pour avoir une lumière plus ample ; mais la coexistence des deux cercles perçus par la rétine amène de la confusion dans leurs lignes et mieux vaut encore se borner à une pression unique. Si l'on a à explorer les deux yeux simultanément, on est au contraire certain d'avoir un éclairage plus considérable en les secouant tous les deux à la fois et de manière à rassembler leurs anneaux. Ainsi la secousse devra se faire du même côté; alors ils se rapprochent au point de faire croire qu'ils apparaissent doubles dans le même œil. C'est de cette manière qu'on éclaire fortement le rebord sous-orbitaire.

Les résultats sont tout autres dans les conditions opposées ;

lorsque, par exemple, l'action a lieu sur le côté nasal de chaque œil, le phosphène de chacun se trouvant alors du côté de la tempe, c'est-à-dire séparé par un grand espace, l'effet de l'un n'ajoute ordinairement rien à l'effet de l'autre : il y a une exception pour les deux cercles *nasaux* qui s'éclairent par leur rapprochement.

On réussit d'autant mieux à exciter le phosphène, que la rétine s'est reposée plus longtemps des fatigues d'une trop vive lumière et que les paupières sont moins contractées spasmodiquement sur elles-mêmes. Refoulé dans l'orbite par l'action du muscle palpébral et des muscles droits eux-mêmes, le contour de l'œil étant en quelque sorte couvert par le rebord orbitaire, la pression, si elle franchit le voile membraneux durci, n'agit plus que sur la circonférence de la cornée et une faible partie de la sclérotique, celle qui avoisine cette membrane lucide, et le phénomène entopsique se manifeste mal ou pas du tout. On invitera donc le sujet qu'on veut examiner à clore l'œil sans contracter ses paupières avec force et même à les relâcher autant qu'il dépendra de lui.

Soit que l'on n'ait pas l'habitude de faire naître le phosphène par de petites secousses vives, sèches et répétées ; soit que le sujet s'imagine voir objectivement hors de lui quelque paysage, les premiers essais sont ordinairement négatifs ; mais en insistant, on parvient toujours à montrer le phénomène nasal, et souvent les autres, surtout le temporal. Pour cela, il faut que la vue ne soit pas perdue par une paralysie de la rétine.

En supposant la non-existence du phosphène, *il ne faut pas trop se hâter de se prononcer sur la valeur de cette négation*, car elle peut ne pas être bien établie ; mais si, à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours de suite, aucune lumière annulaire ne se manifeste dans l'œil, concluez hardiment que la *rétine est paralysée*; que toutes opérations faites sur la cornée, sur l'iris, sur le cristallin, seront des opérations stériles, compromettantes et suivies de tous les désenchantements, peines et chagrins qui attendent le chirurgien opérant avec la complication d'une amaurose bien établie et dont l'existence se révèle à l'occasion d'essais réitérés sans aucun phosphène.

(*La suite à l'un des prochains numéros.*)

DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE DE LIÉGE,

Sous la direction de M. le docteur Jules Ansiaux.

Cancer de l'œil au début. Extirpation. Examen microscopique de la partie extirpée.

Observation recueillie par M. BOËNS.

Obs. — Le 9 décembre 1849, le sieur Plumackers, cultivateur des environs de Galoppe (Limbourg hollandais), se présenta à la clinique du dispensaire ophthalmique, sur la demande qui lui en fut faite par M. le docteur Jules Ansiaux, pour y subir l'extirpation du globe de l'œil en présence des élèves.

Cet homme, âgé de 46 ans, d'une constitution robuste, athlétique, avait éprouvé, en 1843, une inflammation de la cornée, violente et spontanée, ou du moins sans cause connue. A la suite de cette affection, la vision avait été rapidement et complétement abolie dans l'organe malade, l'œil droit. L'œil gauche avait toujours été sain et intact.

Au commencement du mois de mai 1849, c'est-à-dire six ans après cet accident, le sieur Plumackers ressentit dans l'œil droit des douleurs vives, lancinantes, s'irradiant dans les régions orbitaire, frontale, temporale et même maxillaire; ces douleurs lui occasionnaient de fréquents et insupportables maux de tête, pour lesquels, pendant six mois, il se contenta de recourir aux palliatifs que la médecine peut offrir dans de semblables circonstances. Quand il vint réclamer les soins du chirurgien du dispensaire ophthalmique de Liége, voici l'état dans lequel se trouvait l'organe malade :

Les paupières étaient saines, la coque oculaire ne présentait rien d'insolite. L'œil se mouvait librement dans son orbite. A la cornée, on remarquait, dans sa partie inférieure, une tache jaunâtre, opaque, formée par du pus concret épanché entre les lames de cette membrane, et dont l'existence remontait à la violente inflammation qui, six ans auparavant, avait causé l'abolition de la vue du côté droit. Vers la partie moyenne de la cornée se présentait une saillie transversale, inégale, irrégulière, de la grosseur d'un pois dans sa portion externe. Le tissu de cette saillie avait l'aspect du tissu musculaire, rouge-brun, dur, résistant au toucher, peu sensible aux pressions extérieures. Dans sa partie supérieure, la cornée était restée transparente et laissait voir derrière elle l'iris, dont la forme irrégulière, la couleur altérée, foncée, dénonçait la dégénérescence. La sclérotique, intacte dans sa forme, sa couleur et son humidité, offrait cependant à sa surface quelques vaisseaux ramifiés, flexueux, assez gros, d'une couleur carmin foncé, sur le trajet

desquels s'élevaient, à la partie supérieure du globe oculaire, trois petites tumeurs sphériques.

Eu égard à ces symptômes, M. le docteur Jules Ansiaux diagnostiqua un cancer de l'œil au début, et indiqua l'extirpation de l'organe comme le seul remède à cette triste affection.

Le sieur Plumackers se décida pour l'opération, à laquelle il fut procédé immédiatement, en présence des étudiants en médecine qui suivent habituellement l'intéressante clinique du chirurgien du dispensaire ophthalmique de cette ville.

A quelle méthode opératoire fallait-il s'arrêter dans cette circonstance? Telle fut d'abord la question que se posa M. Ansiaux en parlant à ses auditeurs. L'état de l'œil malade, dont la coque, saine et mobile, ne laissait voir à l'extérieur aucune dégénérescence périphérique, aucune adhérence morbide, devait naturellement faire songer à la méthode de M. Bonnet, de Lyon. Les circonstances et les phénomènes pathologiques auraient certainement décidé M. le docteur Ansiaux à adopter le procédé ingénieux et facile de l'habile chirurgien français, s'il avait pu concilier les recommandations expresses de son client avec un fait acquis à la science par l'expérience de M. Cunier. M. Cunier a constaté, en effet, qu'à la suite de l'extirpation du globe oculaire par la méthode de M. Bonnet, il survient une suppuration plus abondante et un bourgeonnement plus considérable que par la méthode ordinaire (1); ce qui, évidemment, rend la convalescence plus longue dans le premier cas que dans le second. Or, M. Plumackers insistant fortement sur la nécessité où il se trouvait de rentrer au plus tôt chez lui pour ses affaires et sa famille, le chirurgien du dispensaire dut renoncer à sa première idée et s'en tenir au procédé de Louis, qu'il avait déjà eu maintes fois l'occasion d'appliquer.

L'opération fut donc pratiquée de la même manière et avec les mêmes précautions que celles qui ont été décrites dans d'autres observations.

(1) L'erreur de M. Boëns est très-grande. M. Cunier n'a jamais émis l'opinion qu'il lui prête. Lorsque M. Cunier institua pour la première fois, en 1842, l'extirpation de l'œil selon la méthode de M. Bonnet, qui n'avait encore été mise en usage que par M. Stoeber (de Strasbourg), il nota, il est vrai, *une suppuration d'une abondance qu'il n'avait jamais remarquée, et un bourgeonnement excessif* (*Annales d'Oculistique*, vol. VII, p. 31), et, se demandant si cette suppuration abondante, ce bourgeonnement excessif auraient lieu dans tous les cas, il répondit que *c'était à l'expérience à prononcer*. — Or, l'expérience est venue prouver que la méthode de M. Bonnet, loin d'avoir les inconvénients dont il vient d'être parlé, est au contraire le moyen le plus sûr de les éviter. M. Cunier a opéré un très-grand nombre de fois d'après le procédé de l'habile chirurgien lyonnais, et il n'a laissé passer aucune occasion d'en signaler les importants avantages.

Note du rédacteur en chef des Annales d'Oculistique.

Seulement une modification heureuse permit dans ce cas de simplifier le procédé opératoire. Après avoir introduit son bistouri sous la conjonctive à l'angle externe de l'œil, et après avoir fait rapidement les deux incisions inférieure et supérieure, comme on les pratique ordinairement, M. le docteur Ansiaux porta immédiatement l'instrument sur le nerf optique et le coupa, sans avoir eu besoin de recourir aux ciseaux. La glande lacrymale fut épargnée, ainsi qu'on l'avait fait déjà dans une autre occasion.

Immédiatement après l'opération, une syncope et quelques légers mouvements convulsifs survinrent; quelques secondes plus tard, une hémorrhagie assez abondante se déclara; il fallut tamponner. Le tamponnement, dans cette circonstance, est d'ailleurs toujours employé par M. le docteur Ansiaux comme mesure de précaution et de prudence; il ne compte pas beaucoup, dit-il, sur l'efficacité d'un caillot dans l'intérieur de l'orbite pour arrêter l'écoulement de sang; et même en l'absence d'hémorrhagie grave, il recommande de recourir à un tamponnement bien fait, sans effort, comme à une sage mesure souvent utile, jamais nuisible.

Après le tamponnement, un bandage monocle fut placé, et des applications continues de glace furent prescrites et ponctuellement exécutées. Le malade fut couché de suite; on lui administra tous les quarts d'heure une cuillerée d'une potion anti-spasmodique, dont il prit la même dose à des intervalles de plus en plus longs, à mesure que les accidents nerveux se calmèrent.

L'opération avait été faite vers 11 heures du matin. Le reste de cette journée, le patient fut assez agité; il se plaignait de violents maux de tête; le pouls était petit, serré, fréquent. Il y eut quelques nausées. Dans la nuit il y eut du calme, quelques heures d'un sommeil tranquille.

Le lendemain, 10 décembre, le malade est calme et satisfait. Il ne souffre plus. Le pouls donne 90 pulsations.—La glace et la diète absolue sont continuées.

Le 11, le malade a dormi presque toute la nuit. Il serait, dit-il, dans son état normal, si par raison il ne s'astreignait à la diète, au repos, au silence qu'on exige de lui. Pouls à 86.— Un peu de bouillon.

Le 12, même état satisfaisant. Pansement des pièces extérieures de l'appareil; affusions froides continues au lieu de glace.— Potage au vermicelle.

Le 13, continuation.

Le 14, le malade se lève. Une partie de la charpie est extraite de l'orbite. La suppuration commence à s'établir.—Aliments légers.

Le 15, continuation.

Le 16, l'orbite est débarrassée de toute la charpie introduite lors de l'opération. La suppuration assez abondante est de bonne nature. L'état général

est très-satisfaisant. L'opéré, en effet, parle déjà de sortir, de se promener, vu le temps doux et agréable qui règne en ce moment.

Depuis ce jour, M. Plumackers a marché rapidement vers une heureuse guérison. Le 21 décembre, il est retourné chez lui, et déjà des bourgeons nombreux et réguliers tapissaient une grande partie de la cavité orbitaire.

M. le docteur Ansiaux a depuis lors été informé à plusieurs reprises que son client était complétement et parfaitement guéri.

La pièce pathologique, dont M. le professeur Spring a bien voulu faire l'examen microscopique, présentait les altérations suivantes :

Le siége principal de la maladie, qui était un fongus médullaire, se trouvait dans la rétine : toute cette membrane avait été entraînée dans la désorganisation. Le *fongus* s'était développé et avait pris de l'accroissement sur la face interne de la rétine, où, par sa pression, il avait réduit à néant le corps vitré ; tandis qu'on pouvait bien distinguer encore le cristallin avec sa capsule, qui toutefois étaient obscurcis et d'une consistance caséeuse. Ces organes étaient appliqués contre la cornée et entourés en avant par l'iris également déplacé, et sur les côtés par le bord antérieur de la rétine dégénérée. *La choroïde était intacte*, et sa couche pigmentaire existait, mais elle était plus mince et plus grêle qu'à l'état normal.

Le corps ciliaire pouvait également être reconnu ; mais il présentait une forme irrégulière parce qu'il était déjeté par quelques bosses ou lobes que présentait le fongus, en arrière de lui, lesquelles bosses produisaient aussi des reliefs à la sclérotique.

Le fongus était ramolli dans son centre, tandis qu'à sa circonférence il présentait une consistance lardacée. Pas de points mélanotiques ni de vaisseaux rouges.

Le microscope fit voir dans la partie non ramollie du fongus des cellules irrégulières très-petites et des granules élémentaires. M. Spring a cherché, mais en vain, des cellules plus caractéristiques, qu'au dire des auteurs on rencontre dans l'encéphaloïde de la rétine.

Telles sont les remarques faites par le savant professeur de physiologie de notre université ; elles fournissent la preuve évi-

dente de la nécessité où s'est trouvé le chirurgien de pratiquer l'extirpation de l'œil malade; et si l'examen microscopique a fait reconnaître que l'affection était un fongus médullaire de la rétine, et non un cancer au début, cette distinction, que du reste il n'était pas possible d'établir sur le vivant, offre peu d'importance au point de vue chirurgical, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, le traitement était le même.

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE HAINAUT.

Chirurgien en chef : M. le docteur Stiévenart.

Compte rendu de l'année 1849 (*).

« L'état numérique que nous donnons ci-après, des malades traités à l'institut ophthalmique provincial en 1849, comprend 218 personnes, dont 15 pensionnaires non indigents.

» Les cas d'ophthalmie militaire se sont présentés moins fréquemment cette année. Les individus atteints de cette maladie ont été dans la proportion de 1/18 de la population de l'établissement.

» 26 cataractés ont été opérés, 17 avec succès, et tous ont pu reprendre leurs occupations à leur sortie de l'institut. 7 étaient encore en traitement et en voie de guérison au 1er janvier 1850, 2 sont restés dans le même état.

» L'opération de la pupille artificielle a été pratiquée 5 fois; 3 de ces opérations ont été suivies d'un succès complet; les 2 autres n'ont amené aucun résultat.

» Les autres opérations de moindre importance qui ont été pratiquées, ont été quelques entropions et ectropions, 1 staphylôme, 1 fistule lacrymale, 1 ptérygion, etc.

» Il y a eu un seul décès : le malade a succombé à une maladie d'entrailles, qu'il portait depuis six ans et qui a fait en quelques jours des progrès tels qu'il n'a pas été possible de le renvoyer dans ses foyers. »

(*) Extrait du *Rapport de la Députation permanente du Conseil provincial du Hainaut*, session de 1850, pp. 104-105.

NATURE DES AFFECTIONS.	NOMBRE DES MALADES.						
	Guéris complètement et voyant bien.	Dont l'état s'est sensiblement amélioré.	Voyant pour se conduire.	Restés dans le même état.	Morts.	Restant en traitement au 1er janvier 1850.	Total.
Cécité complète. . . .	26	»	7	7	1	8	49
Cécité presque complète.	28	»	12	2	»	8	50
Affections diverses qui ont affaibli la vue. .	60	23	»	»	»	6	89
Perte d'un œil. . .	18	5	»	4	»	3	30
	132	28	19	13	1	25	218

INSTITUT OPHTHALMIQUE DE LA PROVINCE DE NAMUR.

Chirurgien en chef : M. le docteur LOISEAU.

Résultats obtenus pendant l'année 1849-50 (*).

« Deux subsides de 790 francs chacun nous ont été accordés par les départements de la justice et de l'intérieur pour nous aider à couvrir les frais à résulter de l'achat des meubles nécessaires à l'institut, par suite de l'augmentation apportée dans le nombre de lits de cet établissement, aujourd'hui porté à 30.

» L'état que nous donnons ici indique les chiffres et les diverses catégories de malades traités du 1er mai 1849 au 1er mai 1850 :

« *Aveugles :* 10 restant en traitement au 1er mai 1849, 39 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 30 sortis guéris, 10 sortis sensiblement améliorés, 2 sortis non guéris, 7 restant en traitement au 1er mai 1850.

» *Presque aveugles :* 9 restant en traitement au 1er mai 1849, 50 entrés en

(1) Extrait de l'*Exposé de la situation de la province de Namur, sous le rapport de son administration, présenté au Conseil provincial dans sa session de juillet* 1850. Namur, chez J.-H. Misson, pp. 53-56.

traitement pendant l'exercice 1849-1850, 42 sortis guéris, 6 sortis sensiblement améliorés, 2 sortis non guéris, 9 restant en traitement au 1er mai 1850,

» *Borgnes :* 9 restant en traitement au 1er mai 1849, 30 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 27 sortis guéris, 5 sortis sensiblement améliorés, 2 sortis non guéris, 7 restant en traitement au 1er mai 1850.

» *Porteurs d'affections diverses, avec perte considérable de la vue, au point de ne pouvoir travailler :* 7 restant en traitement au 1er mai 1849, 92 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 91 sortis guéris, 1 sorti non guéri, 7 restant en traitement au 1er mai 1850.

» *Porteurs d'affections diverses, sans lésion de la vue, mais avec gêne considérable pendant le travail :* 8 restant en traitement au 1er mai 1849, 68 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 70 sortis guéris, 6 restant en traitement au 1er mai 1850.

» *Atteints de maladies des annexes oculaires :* 1 restant en traitement au 1er mai 1849, 22 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 22 sortis guéris, 1 restant en traitement au 1er mai 1850.

» *Totaux :* 44 restant en traitement au 1er mai 1849, 301 entrés en traitement pendant l'exercice 1849-1850, 282 sortis guéris, 19 sortis sensiblement améliorés, 7 sortis non guéris, 37 restant en traitement au 1er mai 1850.

» Plusieurs opérations importantes ont été faites pendant l'année. Celle de la cataracte a été pratiquée 12 fois et avec un succès tel que tous les opérés ont pu reprendre leurs travaux habituels.

» Dix cantons ont été visités par le médecin de l'institut.

» A l'invasion du choléra, 28 lits sur 30 étaient occupés à l'institut. Tous les ophthalmiques, à l'exception de 2, sont restés dans l'établissement, qui a entièrement échappé aux atteintes du fléau. Toutefois, la crainte de la contagion, grossie à distance, a tenu éloignées de Namur, pendant plusieurs mois, diverses personnes étrangères à la localité et atteintes de maux d'yeux. Cette circonstance, qui a légèrement diminué le chiffre des traitements, n'a influé que sur la consultation ou service externe, alimentée particulièrement par la ville de Namur et ses environs, tandis que le service interne compte un plus grand nombre de traitements que pendant les exercices précédents.

» Nous n'avons qu'à nous louer de l'empressement que la plupart des administrations locales mettent à faire jouir leurs indigents ophthalmiques des soins que l'on rencontre à l'institut. Cependant il s'est trouvé des administrations qui ont refusé à des personnes qui

étendue?) à partir de la marge de la cornée; la conjonctive était intacte; l'iris avait passé à travers la plaie et formait une tumeur de la grosseur d'une fève fendue. L'inflammation était bornée à la sclérotique et à la conjonctive; il existait un léger degré de douleur sus-orbitaire; la vision était légèrement altérée. — Saignée de 12 onces, calomel et opium, lotions saturnines froides; belladone autour de l'orbite. — Ces moyens apaisèrent l'inflammation; l'aspect de la lésion et de la tumeur resta le même. — Le cristallin n'avait-il pas été entraîné sous la conjonctive avec une partie l'iris, et sans doute aussi avec une portion de choroïde?

New York Journal of Medicine.

Du traitement de l'ophthalmie; ***par le docteur*** **C.-T. QUINTARD.** — Le traitement préconisé par l'auteur n'est rien autre que l'occlusion palpébrale. D'après M. Q., cette méthode est due au docteur Francis Moore, de Massachusetts; mais c'est le professeur Sewall, de Washington, qui a le plus contribué à la répandre. Après avoir abattu les symptômes aigus par les antiphlogistiques, un gâteau de soie ou de linge mou est placé sur l'organe malade et recouvert d'ouate ou de charpie; cet appareil est maintenu à l'aide d'un bandage léger, qui est convenablement serré, c'est-à-dire de manière à n'occasionner ni douleur, ni tension. Deux fois par jour ce pansement est renouvelé; on profite du moment pour introduire entre les paupières une petite quantité d'une pommade ainsi formulée : *précipité rouge*, 40 grains; *pierre calaminaire;* 30 grains, *cinabre nat.*, 15 grains; *litharge*, 30 grains, *axonge*, 1 once. — Le professeur Sewall est d'avis que cette méthode doit ses avantages : 1° à ce qu'elle préserve complétement l'œil de la lumière; 2° à ce qu'elle empêche ses mouvements; 3° à la compression et au dégorgement consécutif des vaisseaux distendus.

ANNALES
D'OCULISTIQUE.

Tome XXIV. — 4e série, Tome 6e, — 2e et 3e livraisons.
31 AOUT ET 30 SEPTEMBRE 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SYNCHYSIS ÉTINCELANT. EXTRACTION ET EXAMEN MICROSCOPIQUE DES PAILLETTES BRILLANTES AMONCELÉES DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE;

Par le docteur SICHEL.

M. Ch..., âgé de 29 ans, d'une constitution peu forte, nerveuse et lymphatique, se présente à ma clinique le 1er août 1850. Voici ce que l'on remarque en examinant ses yeux :

Il existe un nystagmus très-marqué des deux globes oculaires, se manifestant par des secousses assez fortes de ces organes dans le sens horizontal et de gauche à droite.

Ce qui attire surtout mon attention dès le premier regard, c'est le contenu de la chambre antérieure gauche qui l'encombre jusqu'au-dessus de son grand diamètre horizontal, et cache entièrement les trois quarts inférieurs de la pupille. C'est *un amas de paillettes comme micacées*, d'un blanc jaunâtre, douées d'un éclat métallique inégal pour les différentes couches, et variable selon les positions de l'œil et l'angle d'incidence de la lumière. Cet amas se compose de *trois couches* superposées de bas en haut et très-distinctes.

La *supérieure* a un niveau légèrement convexe en haut, surtout au milieu, où elle est surmontée d'un petit prolongement formé des parcelles accumulées en dernier. Sous le rapport de ce niveau elle a de l'analogie avec les hypopyons formés de pus ou de fibro-albumine très-tenace, sécrétés dans la chambre postérieure ou dans le fond de l'œil. Cette couche est constituée par des paillettes d'un blanc argenté et luisant, excessivement petites, presque pulvérulentes, occupant toute la largeur de la chambre antérieure et un peu moins que le tiers de toute la hauteur de l'amas. La posi-

tion ou stratification des paillettes, dans cette couche, suit à peu près la courbure de la ligne de son niveau supérieur, mais cette courbe s'efface de haut en bas et devient presque une ligne droite horizontale à l'extrémité inférieure de la couche.

La *couche la plus inférieure,* un peu plus large que la supérieure et formant un peu plus du tiers de la hauteur de tout l'amas, traverse également toute la largeur de la chambre antérieure, mais ses paillettes sont très-grandes, ayant en général presque 1 millimètre carré, d'une teinte plutôt jaunâtre et dorée; elles sont alignées de manière à ce que ce stratum présente en haut une légère concavité à laquelle les lignes formées par les paillettes sont parallèles. Ces deux couches se touchent dans le tiers interne de la chambre antérieure; dans les deux tiers externes elles s'écartent l'une de l'autre.

Dans cet écartement elles comprennent entre elles *une troisième couche* de forme irrégulièrement elliptique, un peu moins haute que la couche inférieure, composée de paillettes argentées comme celles de la masse supérieure, mais plus grandes, environ de 1/2 millimètre carré. Dans cette couche, ainsi que dans l'inférieure, les paillettes sont étroitement serrées les unes contre les autres, de manière à ne laisser aucun interstice entre elles et à être complétement immobiles. Celles de la couche supérieure, au contraire, comme les plus petites et, sans aucun doute, les dernières arrivées dans la chambre antérieure, sont un peu distantes les unes des autres, et, lors des plus forts mouvements oscillatoires du globe, présentent une légère mobilité qui fait un peu varier leur aspect, et leur donne de temps à autre une scintillation, beaucoup moins forte, à la vérité, que celle qu'on observe dans les cas de paillettes luisantes occupant la chambre postérieure, où elles sont et moins nombreuses et moins serrées les unes contre les autres. Dans notre cas, pour voir leur tremblotement, il faut observer longtemps l'œil et épier ses mouvements.

Cet œil présente une forte injection de la conjonctive, qui est un peu gonflée, et ne permet pas de voir à travers elle des vaisseaux de la sclérotique. Cette injection existe depuis six jours. L'œil, amaurotique de naissance, n'est pas plus désagréablement impressionné par la lumière que son congénère, auquel, au dire du malade, il ressemblait sous tous les rapports, quant à son aspect extérieur, il y a encore dix jours. Ce n'est qu'alors qu'averti par sa femme, le malade s'est aperçu « qu'il se formait une petite tache blanchâtre

» sur la prunelle. » Il ne se rappelle pas qu'il ait reçu un coup sur cet œil.

Nul doute que nous n'ayons affaire à un synchysis étincelant antérieur, survenu brusquement, et consécutif à une amaurose invétérée. Il coexiste probablement une altération du corps vitré, sur l'existence de laquelle nous ne pouvons pas émettre une opinion positive, l'accumulation trop copieuse de matière morbide dans la chambre antérieure rendant difficile le jugement sur le flottement de l'iris que nous n'avons pu découvrir jusqu'ici chez ce malade, ainsi que sur les mouvements de la pupille qui semblent manquer.

La couleur et la structure des iris, ainsi que la consistance du globe, sont normales.

Marche ultérieure de la maladie. — Une pareille quantité d'un produit pathologique, les iris étant de structure normale et l'ouverture pupillaire transparente, ne pouvait être sécrétée que dans la chambre postérieure. La preuve évidente que cette matière prenait son origine ailleurs que dans la chambre antérieure était fournie les jours suivants par l'aspect de la pupille, aspect qui variait beaucoup, bien que la forme et les contours de cette ouverture restassent toujours les mêmes. Tantôt la pupille était nette partout, sans aucune trace d'opacité dans ou derrière son champ, tantôt on voyait sur un ou plusieurs points de la marge pupillaire, surtout en haut et latéralement, de petits amas blanchâtres de paillettes, semblables à celles décrites, persistant plus ou moins longtemps et semblant même quelquefois ne point changer de place pendant plusieurs jours; tantôt on apercevait derrière la pupille, à la profondeur de 1 à 2 millimètres, une opacité formée par des paillettes semblables qui, le lendemain, avaient disparu; tantôt enfin la pupille était entièrement encombrée par les corpuscules luisants dont quelques-uns proéminaient au devant de l'iris, et qui, à la prochaine visite du malade, étaient tous passés dans la chambre antérieure, de manière à laisser la pupille entièrement nette.

L'aspect des couches de corpuscules luisants amassés dans la chambre antérieure subissait à son tour de très-grands changements. Ces corpuscules étaient tantôt plus serrés les uns contre les autres, tantôt plus distancés. Ils se montraient même quelquefois éparpillés à leur niveau supérieur, et alors se manifestait, dans cette région, le phénomène de leur mobilité et de leur scintillation pendant les mouvements du globe.

Ces données générales peuvent suffire comme description et rendent inutiles de grands détails ultérieurs. Nous noterons seulement quelques particularités utiles à rapporter.

Le 13 août, les paillettes sont toutes plus tassées, immobiles, ayant moins d'éclat; elles sont même ternes en grande partie. Au milieu du bord pupillaire supérieur, on observe une très-petite plaque pseudo-membraneuse et une autre plus petite un peu plus en dedans. Il y a beaucoup de très-petites paillettes dans la partie supérieure de la pupille, et plus dispersées et plus luisantes dans le tiers supérieur de la chambre antérieure. Le niveau supérieur des paillettes s'est légèrement élevé.

Le 17 août, les trois couches de paillettes étaient presque confondues. Celles de la couche moyenne, moins étendue en tous sens, étaient très-serrées les unes contre les autres, mais d'une teinte argentée et d'un éclat luisant très-prononcés. La couche supérieure, au contraire, se composait de petites écailles très-distinctes les unes des autres, en partie dispersées jusqu'au-dessus du bord supérieur de la pupille, formant dans une assez grande étendue une espèce de nuage flottant plus large que la pupille, nuage dont les paillettes, d'un jaune doré et brillantes, présentaient, lorsqu'elles remuaient, une scintillation très-marquée. Pendant ces mouvements, la pupille, masquée auparavant dans presque toute son étendue par les paillettes amassées au devant de son champ, devenait nette par portions, et on apercevait derrière elle une couche assez épaisse de paillettes placées à 1 millimètre de distance. Çà et là on voyait à la surface de la partie antérieure de l'iris des paillettes dispersées. isolées, très-distantes les unes des autres, et généralement très-petites, immobiles et sans doute collées au tissu de l'iris. Elles avaient un reflet scintillant pendant les mouvements vifs du globe.

Ce jour-là et plusieurs des jours suivants, on voyait d'une manière très-prononcée les scintillations des paillettes mobiles sur le bord libre de la couche supérieure.

Quand les corpuscules constituant les différentes couches étaient moins étroitement serrés les uns contre les autres de haut en bas, elles se déplaçaient manifestement pendant le sommeil, comme le font l'hypopyon et les accumulations d'autres liquides dans la chambre antérieure. Alors la plus grande partie, et quelquefois même la presque totalité de la matière amassée derrière la cornée, présentait sa circonférence inférieure semi-circulaire non

plus directement en bas, mais en bas et en dehors. Son niveau, en forme d'une ligne légèrement et irrégulièrement convexe, au lieu d'être placé directement en haut et transversalement, s'étendait diagonalement de bas en haut et de dedans en dehors. Ce changement de position s'expliquait par l'habitude du malade de dormir sur le côté gauche. Dans les derniers jours avant l'opération dont nous allons parler, ce déplacement n'avait plus lieu ; les corpuscules, plus nombreux alors et plus serrés les uns contre les autres, devinrent presque immobiles ; les contours des différentes couches s'effacèrent, et il était à craindre que l'extraction de la matière logée dans la chambre antérieure, devenue nécessaire à cause de la persistance de l'inflammation, ne fût très-difficile, les corpuscules ayant l'air de commencer à se coller les uns aux autres et contre l'iris, au moyen de fibro-albumine épanchée à la surface de cette membrane.

Commémoratif.— Les recherches sur les antécédents du malade ont donné les résultats suivants :

Lors de sa première visite à ma clinique, le 1er août, je ne me rappelai pas l'avoir vu, mais il prétendait s'être déjà présenté au mois d'août 1849. Il me remit en effet trois ordonnances que je lui avais faites les 29 octobre, 9 novembre et 3 décembre 1849, portant, la première, l'instillation de belladone dans l'œil gauche, la seconde, 50 centigrammes de scammonée comme purgatif, une cuillerée à café de crème de tartre à prendre tous les matins, des pédiluves salins, des fomentations froides sur les yeux; la troisième, un liniment d'alcool camphré, 30 grammes, et baume de Fioraventi, 15 grammes, en frictions sur le front et les tempes. La première ordonnance, contenant le diagnostic, était égarée. Après de longues recherches, je trouvai sur le registre de ma clinique le nom du malade, sous le numéro 3404 de l'année passée, en date, non du mois d'août, mais du 24 octobre, et avec ce diagnostic : *Désorganisation de la rétine gauche; amblyopie avancée à droite.* Je ne conserve aucun souvenir du malade, ni de la forme que sa maladie avait alors. Le diagnostic inscrit montre qu'il était affecté de cette désorganisation particulière de la rétine, où cette membrane, sans traces positives de dégénérescence encéphaloïde et sans fluctuation manifeste indiquant une hydropisie sous-choroïdienne, présente une altération anatomique évidente, une teinte jaunâtre, un épaississement plus ou moins considérable, et paraît recouverte de fausses membranes, sans vascularisation bien apparente. L'œil

gauche n'a jamais servi pour la vision, et distingue à peine le jour des ténèbres. Le malade le croit complétement aveugle de naissance, et en a fait le sacrifice depuis longtemps. Actuellement âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution lymphatique, nerveuse et peu forte, il n'a jamais eu à se plaindre de l'œil droit qui fonctionna parfaitement, jusqu'à ce que, en 1838, il prit l'état de confiseur. C'est alors que, forcé d'exposer journellement et pendant longtemps les yeux à un feu ardent, il a vu, au bout de six ans, en 1844, son œil droit s'affaiblir, avec des maux de tête et des étourdissements, puis, au bout de peu de temps, perdre la faculté de lire couramment. Craignant la cécité, il renonça à son état. Un de ses oncles, médecin justement célèbre, investi de fonctions élevées dans un pays voisin, déclara la maladie au-dessus des ressources de l'art, lors déjà qu'elle avait duré cinq ans sans amendement notable, et lui conseilla de s'en tenir aux seuls efforts de la nature. Ce conseil, il l'a suivi jusqu'ici ; mais depuis le commencement de la nouvelle affection de l'œil gauche, la vue de l'œil droit a baissé subitement et notablement ; il ne peut plus actuellement lire un caractère d'un centimètre de haut qu'avec beaucoup de difficulté. C'est là surtout ce qui l'inquiète et le chagrine profondément en ce moment, et l'a engagé à avoir recours de nouveau à la médecine.

Traitement. — Un traitement antiphlogistique aussi énergique que le comportait la constitution peu forte du malade (saignée, sangsues, calomel à dose fractionnée, onguent napolitain, belladone, purgatifs, colchique, etc.) n'ayant produit qu'une faible diminution dans les symptômes inflammatoires, j'ai dû croire que les paillettes accumulées dans la chambre antérieure agissaient comme corps étranger produisant ou entretenant l'ophthalmie. J'ai donc estimé leur extraction indispensable, non pas pour guérir l'œil gauche que le malade regarde comme perdu depuis longtemps, et dont il appelle de tous ses vœux la fonte complète, pourvu qu'elle arrête l'amaurose de l'œil droit, mais pour empêcher le progrès ultérieur de l'amblyopie avançée de ce dernier, dont la recrudescence est manifestement liée à la maladie récente de son congénère. L'extraction des paillettes luisantes, déjà fixée au 19 août et ajournée de nouveau à cause d'une exaspération de l'ophthalmie, fut donc pratiquée le 22.

Opération. — Elle eut lieu en présence de M. le docteur Lebert, qui voulut bien se charger de l'examen microscopique. Un

petit lambeau de la cornée fut taillé à sa partie inférieure. Une petite portion des paillettes sortit avec l'humeur aqueuse assez copieuse; mais, comme je l'avais prédit, l'extraction de la masse la plus considérable, devenue compacte et adhérente par l'exsudation de fibro-albumine, fut très-difficile, et ne put s'accomplir qu'à l'aide de la curette et d'une pince fine.

Examen de la matière extraite. — Une partie notable des paillettes étaient libres et nageaient dans l'humeur aqueuse recueillie dans un verre de montre. Examinées à la loupe, elles présentaient, sous certaines incidences de la lumière, une scintillation tout à fait analogue à celle qu'on voit dans le synchysis étincelant de la chambre postérieure. Dans d'autres portions du liquide et sous une autre lumière, elles ressemblaient plutôt à de très-petites gouttelettes d'huile projetées dans de l'eau.

La partie compacte, extraite à l'aide de la pince, sous forme de membrane épaisse, présentait une surface composée de petites écailles jaunâtres et brillantes, bien plus distinctes encore sous la loupe. Examinée au microscope, elle présentait un très-grand nombre de cristaux sous forme de lamelles rhomboïdiques. Voici la *note micrographique* exacte rédigée par M. le docteur Lebert qui a aussi fait les dessins.

« *Cholestérine dans l'œil.* — On avait émis la supposition que le synchysis étincelant était dû à la présence de paillettes de cholestérine dans les liquides de l'œil; mais ce fait n'avait pas été prouvé jusqu'à ce jour. Aussi j'ai été heureux de saisir l'occasion d'examiner ce qui en est. Le 22 août, M. Sichel a opéré un malade dont l'observation précède. La vision de cet œil était perdue; le malade désirait que son œil s'atrophiât, vu qu'il souffrait, avant l'opération; on constata encore distinctement non-seulement qu'il y avait dans l'œil des paillettes de cholestérine, mais encore que des lames nacrées formaient une espèce de masse compacte à la surface antérieure de la moitié inférieure de l'iris. La cornée fut incisée, comme pour l'extraction de la cataracte, et l'on fit sortir le liquide dans un verre de montre; de plus, M. Sichel recueillit avec une curette et une pince quelques-uns des lambeaux nacrés de la surface de l'iris. Voici le résultat de l'examen.

» Déjà *à l'œil nu*, on voit à la surface du liquide de petites plaques légèrement opalescentes que l'examen à la loupe montre composées de parcelles irrégulières. Ces fragments surnagent, tandis que le sang sorti pendant l'opération va au fond du verre de montre. Les

fragments plus compactes ont un reflet nacré plus prononcé.

» *L'examen chimique* donne pour résultat que la matière extraite de l'œil est soluble dans l'éther et dans l'alcool bouillant.

» *L'examen microscopique* montre partout, comme élément principal de cette altération, des amas de cristaux de cholestérine, très-faciles à reconnaître par leur forme rhomboïdale, leur minceur, leur transparence et leur groupement caractéristique, leurs caractères qu'aucune autre matière organique ne présente sous le microscope. Dans les fragments qui composent les morceaux plus compactes, on reconnaît des lamelles superposées de ces cristaux, réunies ensemble par une substance intermédiaire transparente, mais renfermant une multitude de granules moléculaires qui, par places, forment des amas arrondis et ressemblent alors à des globules granuleux. Il n'est pas possible de décider s'il y avait là une exsudation albumineuse, mêlée de granules graisseux, ou si le fond de cette substance était formé par la membrane hyaloïde. Cependant l'absence de tout plissement, je dirai même, l'absence de tout aspect caractéristique, me fait plutôt croire qu'il s'agissait d'une exsudation que d'une membrane normale.

Explication des figures.

« Fig. 1. Masse cholestérique de couleur nacrée, prise à la surface de l'iris, grossie de 3 diamètres.

» Fig. 2. Cristaux de cholestérine (500 *diamètres*).

» Fig. 3. Mêmes cristaux vus de profil et montrant alors un chatoiement métallique.

» Fig. 4. Membrane transparente et granuleuse par places, réunissant les cristaux par couches superposées.

» Le 23 août 1850. »

Résultat de l'opération. — Dès le lendemain de l'opération les douleurs dans l'œil avaient notablement diminué; elles ont cessé complétement au bout de quelques jours. La cicatrisation était complète au bout de quatre jours. Le malade demanda sa sortie le 29 août; ce jour-là, l'œil était dans l'état suivant :

La pupille, sauf deux très-petites bandelettes pseudo-membraneuses adhérentes à son bord supérieur, est noire, mais assez étroite, ce qui empêche de voir l'aspect du fond de l'œil; je ne puis découvrir dans la chambre postérieure ni paillettes luisantes, ni fausses membranes. Au fond de la chambre antérieure, près de la cicatrice de la cornée, un peu sur le côté externe, il existe un

petit amas de paillettes jaunâtres, brillantes, réunies en bande collée contre la face extérieure de l'iris. Une bande semblable a aussi été observée après l'opération chez le malade K*** qui fait le sujet de notre première opération de synchysis étincelant, et persistait encore quatre à cinq années plus tard, comme nous le verrons dans le complément de cette observation qu'on lira tout à l'heure. Chez M. Ch..., il y avait en outre encore quelques paillettes légèrement flottantes, placées au-dessus de cette bandelet en continuité avec son niveau supérieur. De plus, il existait un assez grand nombre de paillettes jaune doré, luisantes et un peu scintillantes pendant les mouvements de l'œil, extrêmement petites, presque comme des points, dispersées de loin en loin sur la face antérieure de l'iris, à laquelle elles adhéraient, et quelques-unes même à la face postérieure de la cornée. Aucune nouvelle paillette n'a passé par la pupille depuis l'opération.

Le 7 septembre, l'œil, à peu près guéri, pouvant mieux supporter l'examen, nous avons encore noté les particularités suivantes :

La consistance du globe est presque normale ou très-peu moindre que celle de son congénère. L'iris présente, dans la partie inférieure interne de son petit cercle, une petite bandelette pseudo-membraneuse d'un gris ardoisé un peu bleuâtre, et un peu creuse, comme incrustée dans le tissu de cette membrane. Celle-ci est normale, nullement flottante; au contraire poussée en avant et comme bombée dans plusieurs endroits, comme dans les cas où de la fibro-albumine est déposée à sa face postérieure. Cette circonstance s'explique par les exsudations de matière plastique dans le tissu de cette membrane, consécutives à son inflammation, et concorde avec la pupille très-étroite, de 2 1/2 millimètres de large, 1 1/4 millimètre de haut, irrégulière, bordée des bandelettes ci-dessus décrites, se contractant d'une manière à peine sensible au soleil et reprenant à l'ombre les dimensions indiquées, mais sans se dilater davantage.

L'ouverture pupillaire est d'un noir un peu mat dans quelques endroits, plus foncé dans le reste de son étendue. On y voit un petit nombre de paillettes jaune brillant, correspondant par leur siége à la face antérieure de la cristalloïde. Elles sont scintillantes, pour la plupart de dimensions minimes, et disparaissent en partie pendant les mouvements de l'œil. A l'aide de la loupe on peut se convaincre que cette disparition n'est qu'apparente, qu'elles sont attachées à la cristalloïde antérieure qui s'opacifie dans plusieurs

endroits, et qu'on ne cesse de les voir que par suite des fréquents changements de l'angle d'incidence de la lumière produits par l'oscillation constante de l'œil. Trois seulement de ces paillettes, placées près du côté interne de la pupille et plus grandes que les autres, restent visibles sous toutes les incidences des rayons lumineux. Il existe encore un fort grand nombre de ces très-petits corpuscules brillants attachés aux faces antérieure de l'iris et postérieure de la cornée.

Malgré la presque transparence de la pupille, son étroitesse ne permet que d'entrevoir le fond de l'œil qui paraît noir, mais légèrement enfumé. Si, placé du côté externe du malade, on plonge le regard par le côté interne de la pupille dans le fond de l'œil, on y voit, mais difficilement et très-passagèrement, une teinte opaline et un peu chatoyante.

Examiné dans un cabinet noir à l'aide de la flamme d'une bougie, l'œil malade présente l'image antérieure droite nette et normale, l'image postérieure droite bien plus faiblement que l'œil sain, et point du tout ou à peine l'image renversée qui, dans l'œil sain, dont la pupille est deux fois plus large, est également très-petite, presque imperceptible. Cette épreuve qui, sur les yeux d'une personne bien portante examinés simultanément dans le même endroit et de la même manière, a eu pour résultat la production des trois images parfaitement normales, est donc de nulle valeur sous le rapport des conséquences à en déduire dans la présente observation, d'autant plus qu'elle était presque impraticable à cause de l'étroitesse de la pupille de l'œil malade. C'est uniquement pour ne point pécher par omission dans un cas aussi rare et jusqu'ici unique que je l'ai instituée. La même raison me fait ajouter que l'instillation de belladone avant l'opération est restée sans effet; et que, depuis l'opération, je n'ai point osé la prescrire, de peur d'irriter de nouveau l'œil. Ce n'est que dans quelques jours d'ici que je pourrai la tenter sans crainte, l'œil étant encore très-irritable aujourd'hui, rougissant et larmoyant promptement lors de l'exploration, ce qui empêche de la continuer pendant un temps suffisant, et, joint au nystagmus, la rend très-difficile.

J'ai oublié de dire que, pendant l'examen, le mirage de ma figure dans la pupille de l'œil gauche du malade s'est produit beaucoup plus nettement et plus en avant que dans la pupille droite, circonstance qui vient parfaitement à l'appui de ce que j'ai déjà dit

sur le commencement d'opacification de la capsule antérieure du cristallin gauche.

Conclusions. — Les conclusions suivantes peuvent être tirées d'une manière positive de l'observation précédente :

1° La scintillation, dans le synchysis étincelant, est produite par des corpuscules matériels d'une teinte dorée ou argentée brillante, produisant sous les différentes incidences une réflexion particulière ou une réfraction prismatique de la lumière.

2° Ces corpuscules ou paillettes sont composés de cholestérine.

3° Notre première observation (*Annales d'Oculistique*, tome XV, p. 167, et *Journal de Chirurgie*, décembre 1845), où nous avons vu ces paillettes passer de la chambre postérieure dans la chambre antérieure, est un cas de vrai synchysis étincelant tout à fait analogue aux autres, quoi qu'on ait prétendu en sens contraire, par des motifs trop intéressés pour qu'il y ait lieu de s'en occuper davantage.

4° Dans les cas où on ne rencontre ces paillettes mobiles que dans la chambre antérieure, elles ont toujours été formées dans la chambre postérieure d'où elles sont passées par la pupille et au devant de l'iris.

5° Notre dernière observation ne permet point encore actuellement de décider catégoriquement si les paillettes luisantes ont été formées à la face antérieure de la cristalloïde, à la face postérieure de l'iris, dans la cavité de la capsule cristallinienne ou dans celle de l'hyaloïde. Peut-être le jugement sur ce point deviendra-t-il possible plus tard, si nous parvenons à dilater notablement la pupille de l'œil malade.

L'observation qu'on vient de lire, plus complète qu'aucune des autres publiées jusqu'ici, et la note de M. Blasius sur le scintillement de la pupille, insérée dans le volume XXIII, p. 3 (janvier 1850), des *Annales d'Oculistique*, nous fourniront l'occasion de passer en revue tout ce qui a été observé et dit jusqu'ici sur cette singulière et curieuse maladie ; nous en ferons le sujet d'un petit travail qui paraîtra dans un des prochains numéros.

Nous terminerons pour aujourd'hui en ajoutant le *complément de notre première observation.*

« Le 15 juillet 1849, le jeune K..., chez lequel j'avais autrefois observé (*Ann. d'Ocul.*, XV, p. 167) un synchysis étincelant avec passage des corpuscules brillants d'une chambre de l'œil dans l'autre, s'est, pour la dernière fois, présenté à ma clinique. Cinq ans s'étaient écoulés depuis

que je ne l'avais vu. La bandelette d'un jaune doré pâle, tirant sur une teinte argentée mais assez brillante, occupait encore la même place, près du bord inférieur de l'iris et de sa jonction avec la cornée. Le quart inférieur seulement de l'iris avait sa position normale et une couleur bleu grisâtre pâle. Le reste de cette membrane avait une teinte brune un peu roussâtre semblable à celle de son congénère.

Toute sa surface était très-concave, la partie centrale de la membrane étant fortement rétractée en arrière et adhérente à la fausse membrane, dont la lacune avait complétement disparu, et qui remplissait entièrement la pupille.

L'œil gauche ne voyait plus du tout. Sa pupille était remplie par une fausse membrane jaunâtre, semblable à celle de l'œil droit, mais plus récente, et sur laquelle on pouvait encore reconnaître la fibro-albumine déposée çà et là depuis peu de temps.

STAPHYLOME SCLÉRO-CHOROÏDIEN. EXTIRPATION PARTIELLE DU GLOBE DE L'OEIL. — ÉTUDES MICROSCOPIQUES SUR LE STAPHYLOME EN GÉNÉRAL;

par le docteur F. HAIRION,

professeur à la faculté de médecine de l'Université de Louvain.

Obs. — Rodriguez, J.-B., soldat au 4e régiment de ligne, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament lymphatique, offre tous les caractères extérieurs d'une mauvaise constitution et n'a jamais eu beaucoup de santé; il a souffert dans sa jeunesse d'une fièvre intermittente pendant plusieurs années; plus tard, il fut atteint d'une pleurésie dont il éprouva longtemps des ressentiments.

Entré au service, comme substituant, au mois d'avril 1849, il y contracta bientôt la variole. Trois mois après sa sortie de l'hôpital, étant de garde, il ressentit les premiers symptômes d'une ophthalmie dont il fut traité pendant deux mois environ, tant à la salle des granulés de son corps qu'à l'hôpital militaire. La cautérisation avec le nitrate d'argent, et, sur la fin, quelques applications d'acétate neutre de plomb, constituèrent la base du traitement qu'on lui fit subir. Six semaines s'étaient à peine écoulées qu'il dut de nouveau rentrer à l'hôpital pour une blennorrhagie urétrale; il y séjourna trente-cinq jours et en sortit, dit-il, complétement guéri. Dix jours après, il y fut envoyé pour la quatrième fois avec une ophthalmie violente coïncidant avec un écoulement urétral. Il subit encore plusieurs cautérisations de la conjonctive qu'il dit avoir été suivies de douleurs extrêmement vives. Enfin, après cinq semaines de traitement, il fut dirigé sur l'institut ophthalmique de Louvain, où il entra le 22 décembre 1849 dans l'état suivant : léger nuage situé au centre de la cornée de l'œil gauche; staphylôme partiel de la cornée de l'œil droit; cirsophthalmie

avec perte complète et irréparable de la vue de ce côté; granulations vésiculeuses aux quatre paupières. Le malade est soumis à un traitement anticongestif, se composant de pilules aloétiques, d'applications réitérées au fondement de sangsues en petit nombre, de pédiluves sinapisés; de plus, pommade belladonée sur le front, boissons dépuratives amères, demi-diète; il lui est recommandé de porter sur les yeux un linge flottant qui mette ces organes à l'abri du calorique rayonnant, d'une lumière vive, de corps étrangers, etc. Les premiers effets de cette médication furent d'enrayer la marche de la maladie et de diminuer le volume de l'œil. Pendant quatre semaines environ, la maladie alla s'améliorant de jour en jour; mais tout à coup, et sans que j'aie pu saisir la cause de cette recrudescence, le volume de l'œil s'accrut rapidement au point de dépasser en quarante-huit heures le volume qu'il avait lors de l'arrivée du malade à l'institut. Rien ne put mettre obstacle à la marche toujours croissante du mal : de vives douleurs, s'étendant de l'œil à tout le côté correspondant de la tête, privaient presque entièrement le malade de sommeil. Bientôt l'œil ne put plus être recouvert par les paupières que très-difficilement; il survint de l'amaigrissement, le pouls devint petit et accéléré, la peau des extrémités restait constamment froide; enfin l'œil gauche lui-même, rendu sympathiquement d'abord plus sensible et plus irritable, s'injecta, devint douloureux et se prit pour son propre compte.

C'est dans cet état que le malade fut présenté dans une conférence scientifique aux médecins réunis de la garnison, et que, d'un commun accord, il fut décidé que l'extirpation partielle de l'œil était l'unique moyen de mettre un terme aux souffrances du malade, à l'altération profonde de sa santé, et de prévenir le développement, à l'autre œil, de semblables accidents. Cette opération fut pratiquée quelques jours après en présence de MM. les élèves de l'Université et de plusieurs médecins de la garnison. L'œil ayant été saisi et solidement fixé par une airigne, la résection en fut opérée au moyen du couteau de Beer, à la réunion du tiers antérieur avec le tiers postérieur. Aussitôt toutes les humeurs de l'œil s'échappèrent et la coque oculaire se retira au fond de l'orbite. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu d'abord, mais elle céda bientôt aux applications froides. Vers le soir, elle reprit avec plus d'intensité. Une perte de sang un peu abondante étant à craindre et pouvant même n'être pas sans danger chez un malade aussi débilité, je me hâtai de l'arrêter en pratiquant l'occlusion palpébrale. Le lendemain matin, il existait une réaction vive, l'œil était douloureux; la suppuration ne tarda pas à s'établir, et pendant huit jours, le malade resta dans un état à peu près stationnaire; mais à partir de là, l'amélioration fit de rapides progrès. Bientôt, je pus reprendre le traitement local des granulations par la cautérisation avec le nitrate d'argent en solution concentrée, alternée avec l'application du sulfate de cuivre en crayon.

En ce moment, voici l'état où se trouve l'opéré : le nuage situé au centre de la cornée de l'œil gauche est beaucoup moins apparent ; la paupière supérieure du côté droit tombe au devant de l'orbite à la manière d'un voile inerte, et en ferme presque complétement l'ouverture; si on la soulève, on aperçoit une cavité ayant à peu près la moitié de la capacité de l'orbite, rouge et tapissée dans toute son étendue par la muqueuse; le fond de cette cavité est occupé par une tumeur semi-sphérique, peu saillante, surmontée d'un tubercule d'aspect charnu, qui recouvre la cicatrice du moignon et auquel aboutissent quatre sillons répondant aux attaches des muscles droits. La conjonctive palpébrale présente un état de boursouflement et d'engorgement plutôt qu'un véritable état granuleux ; la santé générale n'a jamais été meilleure, et l'on peut espérer que le malade ne tardera pas à sortir de l'établissement.

La partie de l'œil incisée ayant été examinée, voici ce que j'ai trouvé : la conjonctive oculaire et le tissu cellulaire sous-jacent, parcourus par quelques gros vaisseaux, ne présentent d'ailleurs aucune modification de texture ; la sclérotique, examinée surtout à l'endroit des bosselures scléro-choroïdiennes, est amincie, éraillée et adhérente à la choroïde par une couche mince de matière plastique condensée et fibriforme ; cette dernière membrane est décolorée et paraît, ainsi que la rétine, moins épaisse que dans l'état normal. Le liquide qui s'échappa de l'œil, au moment de la ponction, était transparent et d'une couleur légèrement citrine.

Cette observation, dont l'historique détaillé m'a été demandé par l'administration du service de santé, n'offre rien de bien saillant, rien qui mérite de fixer spécialement l'attention du médecin. C'est en vue de lui donner un intérêt qu'elle n'a pas, considérée en elle-même, qu'à son occasion, je vais émettre ici quelques vues sur la constitution anatomique du staphylôme. Mais, au préalable, qu'il me soit permis de m'arrêter un instant sur l'origine et la signification du mot *staphylôme*, et de déterminer la valeur, le sens réel qu'il faut attacher à cette dénomination. Le nom de staphylôme, dit M. Sichel, dérivé du grec σταφυλή, grain de raisin, a été donné d'abord au staphylôme de l'iris, qui, en effet, ressemble assez à un grain de raisin noir (1). Mais plus tard, on a appliqué cette dénomination à des maladies de natures diverses, et l'on a admis des staphylômes opaques et des staphylômes pellucides de la *cornée*, des staphylômes de l'*iris*, de la *choroïde*, de la *sclérotique*

(1) *Archives générales de médecine*, juillet 1847 (Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XVIII, pp. 182 et 265). Considérations anatomiques et pratiques sur le staphylôme de la cornée et de l'iris, par le docteur Sichel.

et de l'*uvée*. Cependant, si l'on croit avoir des motifs suffisants pour respecter les termes créés par les anciens, termes vicieux parfois, il est vrai, mais aussi très-expressifs le plus souvent, il faut, à mon avis, si l'on veut être logique, leur conserver toute leur valeur primitive. Or, il n'est pas douteux que dans la pensée de ceux qui, les premiers, ont fait usage du mot *staphylôme,* cette expression ne fût employée uniquement pour désigner une tumeur située à la surface du globe oculaire, ayant par son aspect quelque ressemblance avec un grain de raisin, et qu'ils n'aient eu nullement en vue d'en spécifier le siége, la nature, ou les éléments anatomiques. D'après cette manière de voir, il faut entendre par *staphylôme* une tumeur opaque, plus ou moins nuancée de noir, formée par la saillie d'une ou de plusieurs membranes de l'œil à la surface de cet organe. Il s'ensuit que cette dénomination doit s'étendre à toutes les tumeurs de la surface de l'œil qui réunissent ces caractères, quelles que soient les membranes qui les forment ou les éléments anatomiques qui les composent; que le nom de *staphylôme transparent de la cornée,* donné à la propulsion transparente de cette membrane, est un non-sens; que les tumeurs formées par la hernie de l'uvée à travers les fibres écartées de l'iris ne constituent pas davantage un staphylôme; que rien ne justifie les auteurs qui, pour des motifs quelconques, ont cru devoir restreindre cette dénomination aux tumeurs formées par la propulsion de la cornée et de l'iris, à l'exclusion des tumeurs constituées par le soulèvement de la sclérotique et de la choroïde, tumeurs qui présentent tous les caractères et par suite aussi toute la valeur que les anciens attachaient au mot *staphylôme;* qu'enfin, il faut réserver cette expression aux saillies opaques, situées à la surface du globe oculaire, et constituées, soit par la cornée ou l'iris isolés ou unis entre eux par des adhérences, soit par la sclérotique et la choroïde. On aurait ainsi quatre espèces de staphylômes : le *staphylôme de la cornée,* le *staphylôme de l'iris,* le *staphylôme de la cornée et de l'iris,* le *staphylôme de la sclérotique et de la choroïde* ou *scléro-choroïdien.* Ces diverses tumeurs n'ont pas entre elles uniquement des caractères communs tirés de leur aspect, ce qui cependant, d'après moi, serait suffisant pour justifier leur réunion sous une même dénomination, mais elles ont encore beaucoup d'autres rapports. Ainsi, elles reconnaissent pour cause un travail inflammatoire, aigu et procédant ordinairement de dehors en dedans dans le staphylôme de la cornée et de l'iris, chronique et

procédant de dedans en dehors dans le staphylôme de la choroïde et de la sclérotique : dans tous les cas, ce travail inflammatoire amène le ramollissement de ces membranes, leur propulsion, leur atrophie par absorption de leurs éléments constitutifs, résultat de la compression, enfin leur déchirure. Ce n'est pas tout encore, il y a de plus identité presque parfaite dans leur traitement *prophylactique, palliatif* et *radical,* traitement qui se résume dans ces trois indications : combattre le travail inflammatoire, vider les tumeurs par des ponctions réitérées, en opérer l'extirpation.

Néanmoins, malgré ces nombreux points de contact, il existe entre ces diverses tumeurs, envisagées sous le rapport de leur constitution anatomique et de leurs transformations morbides successives, des différences si essentielles, suivant qu'elles occupent l'hémisphère antérieur ou l'hémisphère postérieur de l'œil, qu'une division du staphylôme, basée sur cette dernière considération, serait non-seulement plus simple, mais incontestablement aussi, comme on ne tardera pas à s'en convaincre, plus pratique que celle qui a généralement cours dans la science. La première division comprendrait le staphylôme de la cornée, le staphylôme de l'iris et le staphylôme de la cornée et de l'iris réunis ; la deuxième, le staphylôme de la choroïde et de la sclérotique ou scléro-choroïdien. On sait déjà que les staphylômes appartenant au premier groupe reconnaissent une origine commune, qu'ils sont susceptibles des mêmes transformations morbides et qu'ils réclament le même traitement; on verra plus loin, qu'à une époque déterminée de leur développement, ils ont encore une constitution anatomique identique ou à peu près, quelles que soient d'ailleurs les membranes qui aient concouru d'abord à leur formation. Entre la division des staphylômes généralement admise et celle que je propose, il y a des différences essentielles qu'il ne sera pas sans intérêt de faire ressortir. La première a pour base le siége anatomique, la seconde le siége topographique de la tumeur : la première est dépourvue de toute idée scientifique, comme de toute utilité pratique; la seconde donne lieu à des considérations d'un ordre très-élevé, non-seulement en ce qui concerne la constitution anatomique qui diffère entièrement dans les deux espèces admises, mais encore en ce qui est relatif à la cause de cette différence, laquelle dépend moins de la diversité des tissus compromis que de la différence du siége topographique ; enfin l'ancienne division est plus complexe, difficile, impossible même parfois dans l'application,

tandis que la seconde se fait remarquer par une plus grande simplicité et par l'absence de toute difficulté dans la pratique.[1]

Pour terminer ce qui a trait à la division des staphylômes, j'ajouterai qu'il est très-important de tenir compte de l'étendue de la saillie staphylomateuse, non-seulement sous le rapport de sa structure, que les recherches microscopiques récentes ont démontré être la même dans le staphylôme général et dans le staphylôme partiel, mais sous celui du pronostic. le staphylôme général équivalant toujours à la perte complète et irréparable de la vue, tandis que le staphylôme partiel peut ne constituer parfois qu'une simple difformité.

A. *Staphylôme de l'hémisphère antérieur de l'œil.* — Pendant longtemps le staphylôme avait été attribué à une distension mécanique de la cornée et de l'iris, que les uns rapportaient à une diminution de résistance de la part de ces membranes, et d'autres à un défaut de rapport entre la sécrétion et l'absorption de l'œil, lorsque Walther fit remarquer que, dans le staphylôme, la cornée ne gagne pas seulement en étendue, mais encore en épaisseur; que ce résultat ne pouvait être attribué à une simple action mécanique, et que le staphylôme était dû à un travail végétatif particulier qu'il comparait à celui qui se passe dans les parois de l'utérus pendant la grossesse. Beck disait, en d'autres termes, que par suite de l'adhérence de l'iris à la cornée, le tissu de cette membrane, perdant son individualité propre, continuait à se développer sous l'influence d'une action composée, d'où il résultait un tissu morbide particulier. Ainsi, les travaux précédents avaient établi que, dans le staphylôme, il y a extension et épaississement de la cornée, avec modification de sa texture; mais là s'arrêtaient nos connaissances : on ignorait entièrement et la nature du travail par lequel s'opèrent ces changements, et la nature elle-même des changements opérés, c'est-à-dire de la production morbide nouvellement formée. Ces diverses questions ne pouvaient être résolues qu'à l'aide du microscope. M. Lebert est le premier qui ait publié quelques données à cet égard, dans son *Traité de physiologie pathologique* (t. II, page 17, 1845), où il rapporte le résultat de l'examen microscopique qu'il fit de deux tumeurs staphylomateuses anciennes. Il les trouva formées de couches épaisses de cellules épithéliales qui en constituaient la plus grande partie, de fibres plus ou moins altérées appartenant à l'iris et à la cornée, et de produits d'exsudation plastique; d'après cela, il regarde le staphylôme comme une

hypertrophie épithéliale dont les éléments sont sécrétés en surabondance aux dépens de la nutrition des parties sous-jacentes qui ont perdu leurs fonctions.

Suivant M. Szokalski (*Gazette méd. de Paris*, 1847, *Ann. d'Ocul.*, XVIII, p. 263), le staphylôme de la cornée présente dans sa composition anatomique trois couleurs distinctes qui sont, en procédant de dehors en dedans : une couche épidermique très-épaisse, occupant plus des trois quarts de l'épaisseur de la cornée entière, une deuxième couche composée de la substance propre de la cornée conservant plus ou moins son apparence normale, et une troisième couche formée de la membrane de Descemet très-souvent liée étroitement avec l'iris dégénéré. En sorte, dit-il, *que le développement extraordinaire de l'épithélium cornéen, ainsi que sa transformation morbide, jouent un rôle très-important dans la production du staphylôme.*

Dans un travail très-remarquable et très-étendu sur le staphylôme, publié dans les *Archives générales de médecine* (1) du mois de juillet de la même année, travail dont la partie relative aux recherches microscopiques a été faite avec la coopération du docteur Frerichs, professeur particulier d'anatomie et de chimie pathologique à la faculté de Gottingue, M. Sichel reconnaît également dans le staphylôme trois couches distinctes : une couche superficielle épaisse, composée de cellules d'épithélium pavimenteux ; une couche moyenne, qu'il appelle fausse membraneuse, formée de produits plastiques à différents degrés d'organisation (matière amorphe, cellules, fibres), de vaisseaux et de fibres de l'iris et de la cornée en plus ou moins grande quantité ; une troisième couche postérieure constituée par la membrane de Descemet ou l'uvée, suivant que l'iris est ou non compris dans la tumeur. En sorte que, pour M. Sichel, le staphylôme présente l'organisation d'une fausse membrane tapissée en avant par une couche d'épithélium et en arrière par l'uvée ou la membrane de Descemet. D'après ce célèbre ophthalmologue, cette fausse membrane serait d'autant plus épaisse que le staphylôme est plus ancien, et la compression exercée par ses éléments sur les fibres de l'iris et de la cornée serait la cause de l'atrophie plus ou moins complète de ces tissus. M. Sichel établit encore dans ce travail, contrairement à ce qui était généralement admis à cet égard, que l'adhérence de l'iris à la cornée n'est point une condition essentielle à la transformation staphylomateuse, et

(1) Voyez *Annales d'Oculistique*, vol. XVIII, pp. 182 et 265.

qu'à une période avancée, le staphylôme, quelles que soient les membranes qui aient concouru à sa formation, est identique ou à peu près dans sa composition anatomique.

On peut juger d'après cette opinion de M. Sichel, mise en regard de celle énoncée par M. Lebert et par M. Szokalski, combien de faits appartenant à l'observation positive, identiques ou à peu près, sont néanmoins susceptibles des interprétations les plus diverses.

L'observation d'un très-grand nombre de staphylômes, les nombreuses occasions qui se sont offertes à moi d'en suivre les diverses phases de développement et les transformations successives, quelques recherches microscopiques récentes, m'ont conduit à des résultats qui ne sont exclusivement, ni ceux obtenus par M. Sichel, ni ceux auxquels sont arrivés MM. Lebert et Szokalski. En effet, la constitution anatomique du staphylôme est variable aux différentes phases de son développement, et d'après le degré de saillie qu'il présente et d'inflammation plus ou moins aiguë dont il est le siége. Le staphylôme n'est pas dans tous les cas une fausse membrane, ni une tumeur épithéliale ; il est tantôt l'une, tantôt l'autre, et indépendamment de ces deux états, il en présente un troisième assez fréquent : d'où il suit que le staphylôme de l'hémisphère antérieur de l'œil présente trois variétés principales, fondées sur des différences essentielles de structure, qui ne sont que des phases différentes d'une même maladie, que j'ai désignées sous les dénominations de *staphylôme fibroïde, staphylôme épithélial* et *staphylôme sarcomateux fibro-plastique.*

a. *Staphylôme fibroïde.* — Lorsque, dans le cours d'une ophthalmie purulente, la cornée ramollie, plus ou moins détruite, et mise en contact avec l'iris par un mécanisme que je n'ai pas à examiner ici, vient à céder aux efforts de l'humeur aqueuse de l'œil et à former à la surface de celui-ci une tumeur plus ou moins saillante, cette tumeur est-elle déjà le staphylôme ? C'est en vain que je cherche dans les auteurs des éléments capables de me guider dans la solution de cette question ; tous se taisent entièrement à cet égard. Quoi qu'il en soit, si cette tumeur devait être considérée comme formant la première phase de développement du staphylôme, on la trouverait composée de débris de l'iris et de la cornée échappés aux ravages de l'inflammation, et unis entre eux par une matière plastique amorphe. Que si, au contraire, la propulsion de l'iris et de la cornée ne se constitue réellement en tumeur staphylômateuse qu'à une époque plus reculée, lorsque le

travail inflammatoire et destructif a cessé pour faire place à un travail de réparation, voici ce qu'on trouve : un épithélium pavimenteux plus ou moins épais, recouvrant une couche de fibres fines et serrées; cette première couche présente les caractères du tissu de réparation, et n'est en réalité qu'une véritable cicatrice; au-dessous, une deuxième couche formée de fibres de l'iris et de la cornée et de matière d'exsudation à différents degrés d'organisation; enfin, une couche postérieure constituée par l'uvée. Cette variété de staphylôme est celle qu'a décrite M. Sichel, elle se rapproche par sa composition anatomique de la fausse membrane; c'est pourquoi je l'ai appelée *staphylôme fibroïde,* de l'épithète qu'a donnée M. Lebert au tissu des fausses membranes. Sa forme est ordinairement sphérique, sa surface plus ou moins irrégulière, bosselée; sa couleur forme un mélange de nuances noirâtres, d'un blanc-nacré et d'un blanc-grisâtre; son volume, quel qu'il soit, est sujet à de nombreuses oscillations (1).

b. *Staphylôme épithélial.* — Il est formé de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux formant la moitié, les deux tiers, les quatre cinquièmes même, comme je l'ai vu, de toute l'épaisseur de la tumeur; d'une couche moyenne dans laquelle on rencontre des fibres ordinairement altérées de la cornée et de l'iris, et des fibres cellulaires de nouvelle formation; enfin d'une couche postérieure, constituée par l'uvée. On s'explique maintenant comment MM. Lebert et Szokalski, qui n'ont eu sans doute à examiner que cette espèce de staphylôme, l'ont considéré comme une hypertrophie épithéliale simple. En effet, le staphylôme, arrivé à cette période de transformation, n'a pas seulement de commun avec les tumeurs épidermiques simples, qui constituent, comme on sait, les durillons et les cors, la structure anatomique, mais encore il en a les causes,

(1) Dans cette description du staphylôme fibroïde et dans celles qui vont suivre des staphylômes épithélial et fibro-plastique, j'ai supposé que le staphylôme était général et formé par l'iris et la cornée; mais, ainsi qu'il sera démontré plus loin, les transformations successives qui s'opèrent dans la constitution anatomique du staphylôme de l'hémisphère antérieur du globe, étant indépendantes de l'espèce de membrane qui le forme primitivement et de l'étendue des parties envahies, vérité d'ailleurs déjà démontrée par M. Sichel pour l'espèce qu'il a décrite, il s'ensuit que la description du staphylôme général de l'iris et de la cornée que je donne ici, convient également à toutes les variétés du staphylôme de l'hémisphère antérieur de l'œil, qu'il soit partiel ou général, formé par la cornée ou par l'iris, et qu'il n'y a entre elles, envisagées sous le point de vue de leur constitution anatomique, que des différences sans importance, toujours faciles à apprécier.

en offre le mode de développement, exerce une influence analogue sur les tissus sous-jacents, et en présente toute l'innocuité. La raison qui fait que le staphylôme fibroïde se transforme en tumeur épithéliale, c'est la compression et le frottement incessants des paupières sur la saillie staphylomateuse ; ce qui prouve que cette influence constitue la condition essentielle de la transformation épithéliale du staphylôme, c'est que le leucoma avec adhérence de l'iris à la cornée, placé dans les mêmes conditions que le staphylôme, mais n'en présentant pas la saillie et échappant ainsi à l'influence d'une forte compression de la part des paupières, ne subit jamais la transformation épithéliale. Cette deuxième variété de staphylôme, de même que les hypertrophies épidermiques simples, se développe par sa face interne, en sorte que les couches superficielles qui sont les plus anciennes n'offrent que des noyaux, tandis, au contraire, que dans les couches les plus internes, les cellules épithéliales se présentent avec tous les caractères qui les distinguent à l'état normal. De même encore que les hypertrophies épidermiques simples, la couche épithéliale du staphylôme exerce sur les tissus sous-jacents une pression qui en amène l'atrophie ; cet effet, constant, irrécusable, explique le fait avancé déjà par M. Szokalski, à savoir : que la couche moyenne est d'autant plus mince que la couche épithéliale est plus épaisse. Enfin, un dernier point de contact de cette variété de staphylôme avec les tumeurs épidermiques simples, c'est sa complète innocuité.

Cette forme secondaire du staphylôme est ordinairement arrondie, sphérique ; sa surface, unie, assez régulière, est généralement parcourue par quelques gros vaisseaux ; sa couleur est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, nuancé de rose ; il offre enfin dans son volume beaucoup plus de stabilité que le précédent.

c. *Staphylôme sarcomateux* ou *fibro-plastique*. — Lorsqu'une inflammation vive vient à s'emparer du staphylôme fibroïde ou épithélial, la tumeur se ramollit, se boursoufle, se pénètre d'une vascularisation abondante et passe à la transformation charnue ou fibro-plastique. Le plus ordinairement ce travail s'empare de toute l'étendue du staphylôme, envahit même les tissus voisins, et l'œil présente alors une masse charnue, rouge, d'où suinte une quantité souvent fort considérable de pus ; cette forme de staphylôme a souvent été prise pour une dégénérescence carcinomateuse. D'autres fois, le travail inflammatoire se concentre sur un point plus

ou moins limité du staphylôme; ce point se ramollit, se vascularise, et parfois il s'y développe une petite tumeur rouge. charnue, semblable à celles qu'on voit se former sur la conjonctive, et qui présente comme celles-ci les caractères des tumeurs fibro-plastiques décrites par M. Lebert (globules, corps fusiformes, fibres et granules moléculaires). L'institut ophthalmique renferme actuellement un malade qui a présenté des tumeurs de cette espèce au centre des deux cornées staphylomateuses.

Le staphylôme est-il susceptible de subir encore d'autres transformations; par exemple, existe-t-il des staphylômes fibreux, cartilagineux, osseux, carcinomateux? J'ai constaté précédemment que la matière fibroïde qui constitue la majeure partie de la couche moyenne du staphylôme à sa première période, peut être remplacée, dans le staphylôme ancien, par une couche de véritable tissu fibreux; mais j'ignore si cette couche, qui tend sans cesse à s'effacer devant les progrès de la couche épithéliale, est susceptible, dans quelques circonstances, de prendre un développement qui l'emporte sur celui des deux autres couches, de manière à mériter au staphylôme le nom de fibreux. S'il pouvait en être ainsi, ces circonstances se rencontreraient dans un développement médiocre d'un travail inflammatoire actif; mais si l'existence du staphylôme fibreux est possible, il n'en est pas de même de celle des staphylômes cartilagineux et osseux, transformations qui ne me paraissent pas plus probables pour le staphylôme, qu'elles ne le sont, comme l'a démontré M. Lebert, pour les fausses membranes. Il n'est donc pas douteux que les médecins qui ont fait mention d'observations de staphylômes cartilagineux et osseux, ne se soient laissé tromper par l'apparence, et n'aient pris pour tels un excès de densité du staphylôme ou le dépôt dans son épaisseur de matières minérales; il est d'ailleurs à remarquer qu'aucun des faits avancés par eux ne repose sur des données suffisantes pour en tirer les conclusions auxquelles ils sont arrivés. Quant au staphylôme cancéreux, je ne l'ai jamais observé, et je ne sais même pas si les annales de la science possèdent actuellement des faits qui en démontrent incontestablement l'existence; je l'admets néanmoins, parce que je ne comprends pas les motifs pour qu'il ne soit pas. J'ai vu quelquefois le staphylôme sarcomateux ou fibro-plastique être pris pour un staphylôme carcinomateux.

B. *Staphylôme de l'hémisphère postérieur du globe (staphylôme de la choroïde, de la sclérotique, cirsophthalmie, staphylôme scléro-choroï-*

dien). — On a émis sur la nature de ce staphylôme les opinions les plus diverses. Ainsi, on l'a considéré successivement comme une procidence de l'iris ou de la choroïde à travers la sclérotique déchirée ; comme une hernie, un ramollissement, une propulsion de la sclérotique, etc. Mais l'explication qui a prévalu le plus longtemps et qui aujourd'hui encore est acceptée par un certain nombre de médecins, c'est celle qui attribue les saillies bleuâtres qui constituent le staphylôme, à des varicosités de la choroïde ; et telle est l'influence des fausses théories sur la thérapeutique, que dans la crainte d'hémorrhagies abondantes ou de dégénérescences de mauvaise nature, personne n'eût osé porter l'instrument tranchant sur ce genre de tumeur. C'est ainsi que dans les staphylômes limités, circonscrits, les ponctions réitérées de la saillie staphylomateuse, qui en amènent si promptement l'affaissement, le guérissent quelquefois et soulagent toujours, n'étaient pas employées ; tandis, d'un autre côté, que dans le staphylôme volumineux, on pratiquait d'emblée l'extirpation de l'œil, au lieu de se borner, comme on le fait aujourd'hui, à la résection, opération plus prompte et moins douloureuse que la précédente, qui n'en a pas les dangers et qui offre encore l'avantage de ménager un moignon mobile sur lequel on peut appliquer un œil artificiel. Grâce aux travaux de quelques médecins modernes, nous possédons aujourd'hui sur les causes, le mode de développement et les altérations organiques du staphylôme scléro-choroïdien des connaissances qui laissent peu à désirer. On sait maintenant que la cause du staphylôme de la sclérotique est une inflammation de la choroïde et de la sclérotique, qui détermine l'adhérence des deux membranes entre elles, en produit le ramollissement, la propulsion, l'atrophie, l'amincissement, l'éraillement, la rupture, et par suite, la sortie des humeurs de l'œil et la fonte de cet organe. Outre ces altérations, on trouve, à la dissection de la tumeur, l'atrophie plus ou moins complète de la rétine et de la choroïde sur les points correspondants aux saillies staphylomateuses. C'est donc avec raison que j'ai dit plus haut, que si le staphylôme scléro-choroïdien avait de nombreux rapports avec le staphylôme de l'iris et de la cornée, il en différait néanmoins essentiellement par sa constitution anatomique : jamais, en effet, le staphylôme de l'hémisphère postérieur de l'œil ne subit les transformations fibroïde, épithéliale et charnue du staphylôme de l'hémisphère antérieur.

J'aurais bien des choses encore à dire sur le staphylôme ; mais

je m'arrête ici, mon but, en commençant ce travail, ayant été seulement de faire connaître le résultat de mes études microscopiques sur la constitution anatomique de ce genre de tumeur, et non d'en tracer une histoire complète.

DE LA LUXATION ET DU DÉPLACEMENT DU CRISTALLIN PAR UNE CAUSE TRAUMATIQUE ;

par le docteur RIVAUD-LANDREAU,

oculiste à Lyon.

Le déplacement du cristallin à la suite d'une lésion traumatique du globe oculaire, est un accident qui se rencontre assez fréquemment dans la pratique. Pourtant les indications thérapeutiques qui ressortent de ce changement de position d'une des parties essentielles de l'œil, ne se trouvent fixées d'une manière nette et précise dans aucun des auteurs qui ont parlé de cette lésion. Scarpa, Beer, Demours, Wenzel et quelques ophthalmologues modernes rapportent bien des cas de cette espèce, mais ils ne font que passer légèrement sur la thérapeutique indiquée en cette circonstance. C'est pour remédier à cette lacune, et dans le but d'établir quelques règles nouvelles pour le traitement de ce grave accident, que j'écris cette note. Je baserai mes indications sur quelques faits intéressants que j'ai été à même de recueillir dans ma pratique. J'examinerai, je crois, cette question à un point de vue et sous un aspect nouveau. Je m'efforcerai surtout de signaler les différences remarquables qui existent entre les différents modes de déplacement de la lentille et leur gravité respective au point de vue des accidents consécutifs.

Les causes qui peuvent produire et amener le déchatonnement et par suite la luxation et le déplacement du cristallin sont le plus souvent des lésions traumatiques du globe ou des environs de l'orbite, telles que blessures de l'œil ou des paupières, coups contondants, commotions, chutes, etc. Je dis le plus souvent, parce que le déplacement du cristallin peut quelquefois avoir lieu d'une façon pour ainsi dire spontanée, et sans qu'aucune lésion traumatique y ait concouru. J'ai avancé à ce sujet, dans un article sur la cataracte pierreuse, adressé à l'*Union médicale* en janvier 1848, que cette dernière lésion ne me paraissait pas possible sans le ramollissement préalable de l'humeur vitrée (synchysis), et j'ai cité à l'appui de cette opinion une observation détaillée sur un fait de cette na-

ture; mais je n'ai à m'occuper ici que de la luxation du cristallin à la suite d'une cause traumatique : je laisse donc de côté tout ce qui n'a pas trait à ce sujet.

Lorsque le déplacement de la lentille est consécutif à une blessure de l'œil et des téguments palpébraux, le corps ou l'instrument vulnérant, avant d'arriver au cristallin, a lésé plus ou moins gravement les membranes externes et internes du globe. La gravité de la blessure dépend alors de sa position, de sa profondeur, et surtout des membranes de l'œil atteintes par l'instrument tranchant ou vulnérant. On comprend, en effet, qu'une lésion intéressant, par exemple, la sclérotique et la choroïde, ou l'iris et la sclérotique, est plus grave qu'une blessure qui n'atteindrait que la cornée. Dans tous les cas, il faut toujours se tenir en garde contre les accidents inflammatoires graves et intenses, et craindre la fonte purulente dans les blessures compliquées.

Quand le déplacement du cristallin survient à la suite d'un coup contondant, et qu'aucune des membranes internes ne paraît lésée, la compression violente du globe et le refoulement subit des humeurs peuvent être suivis d'une désorganisation de l'humeur vitrée, d'une rupture de quelques-uns des vaisseaux sanguins et consécutivement d'une hémorrhagie, ou, ce qui est plus grave encore, d'un déchirement des membranes nerveuses et par suite d'une amaurose subite ou consécutive.

En définitive, quelle que soit la cause qui a amené la luxation et le déplacement du cristallin, quelle que soit sa position anormale dans l'œil après son déplacement, l'opacité de la lentille est toujours la conséquence inévitable de son déchatonnement. Cette lésion oculaire est donc toujours un fait grave et fâcheux.

Examinons maintenant les différentes positions que peut prendre le cristallin à la suite de son déplacement, ou, si l'on veut, quelles sont les différentes sortes de luxation qu'il peut subir, en me servant ici d'un terme qui jusqu'à ce jour n'avait été employé que pour désigner les lésions traumatiques des surfaces articulaires. Puis nous passerons en revue, en même temps, les accidents consécutifs qui semblent être le résultat de ce déplacement du cristallin.

Et d'abord, le déplacement, ou luxation, peut être incomplet ou complet.

Le déplacement est incomplet, quand le cristallin n'est que dérangé de sa place ordinaire et paraît encore à travers l'ouverture

pupillaire; il est complet, lorsque la lentille a disparu tout à fait du champ de la pupille.

La luxation incomplète est possible en trois sens : en dedans, en dehors et en bas. Je ne l'ai jamais observée en haut ; cela s'explique, je crois, par la position de l'organe. Les mouvements de l'œil et les lois de la pesanteur entraînent le corps détaché plutôt en bas qu'en haut. Le cristallin, luxé incomplétement, obstrue alors la moitié, le tiers ou le quart de la prunelle, soit vers le grand angle, soit vers le petit angle, soit dans la partie plus ou moins inférieure de cette ouverture, suivant la forme et l'étendue plus ou moins considérables du déplacement. Le diagnostic est facile, puisqu'au bout de peu de temps la lentille, devenue opaque, apparaît à l'œil sous la forme et la couleur d'une cataracte ordinaire. Un symptôme presque constant dans ce genre de luxation est un mouvement d'oscillation et de balancement plus ou moins sensibles du cristallin ; c'est ce qui a fait donner à ces cataractes le nom de cataractes branlantes. Ce balancement continuel est à mes yeux le résultat probable de la rupture des attaches et des ligaments cristalliniens. La luxation incomplète, quelle que soit sa forme, survient le plus souvent à la suite d'un coup contondant. Lorsqu'elle n'est pas compliquée des lésions des autres membranes, elle entraîne rarement d'autre accident grave que l'opacité du cristallin.

La luxation complète est possible en bas et en arrière, en bas et en avant.

1° Dans la luxation en bas et en arrière, le cristallin déplacé est plongé dans la chambre postérieure de l'œil, comme à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement ou par réclinaison. Il a disparu complétement du champ pupillaire.

La gravité des accidents consécutifs dépend alors complétement, réserve faite des lésions concomitantes, de la position du corps déplacé par rapport aux parties environnantes.

Si le cristallin plongé dans l'humeur vitrée n'appuie par aucune de ses faces, ni sur la partie postérieure de l'iris, ni sur les membranes profondes de l'œil, choroïde ou rétine ; si, d'un autre côté, il n'a pas désorganisé dans sa chute une portion trop considérable du corps vitré, ce qui est le cas le plus heureux, mais aussi le plus rare, il peut s'absorber à la longue sans donner naissance à aucun accident sérieux. Le déplacement traumatique, dans cette circonstance, est suivi du même résultat qu'une opération de cataracte heureuse par abaissement. J'ai observé en 1842 un cas de cette

nature sur un bûcheron du département de la Gironde. Le cristallin avait été luxé complétement par suite d'un violent coup d'une branche de chêne sur le globe. A l'examen, on apercevait encore au fond de l'œil gauche, au bas de la chambre postérieure, un noyau du cristallin opaque nageant dans les humeurs de l'œil. Il y avait eu déjà absorption des deux tiers au moins de la lentille. L'accident datait de deux ans à peu près. Aucune inflammation n'était survenue à sa suite. La vue était dans les conditions ordinaires d'un opéré de cataracte. Demours, M. Sichel et quelques autres oculistes modernes, citent des cas identiques, entre autres celui d'une vieille dame dévote, atteinte de cataracte complète aux deux yeux, et dont les deux cristallins se luxèrent en bas, en même temps, sous l'influence d'une commotion ou d'un ébranlement imprimé à tout le corps en tombant à genoux au milieu d'une église. Les personnes qui l'entouraient, en la voyant se relever subitement guérie de sa cécité, crièrent au miracle. Combien de miracles semblables que la science explique d'une manière nette et positive, mais que le fanatisme ou l'ignorance exploitent ou propagent souvent à leur profit !

Malheureusement, tous les cas ne sont pas aussi simples, ou aussi heureux. Ainsi, lorsque le cristallin, au lieu d'être luxé dans des conditions aussi favorables, appuie par une de ses faces sur la partie postérieure de l'iris, la présence de ce corps sur cette membrane y fait développer d'ordinaire une phlegmasie lente, sourde, qui résiste à toute espèce d'agent thérapeutique, parce qu'elle est entretenue par une cause matérielle, inattaquable par les moyens antiphlogistiques ordinaires. Peu à peu l'inflammation gagne les membranes environnantes. La pupille se rétrécit, se remplit de végétations et de fausses membranes. Un trouble général se manifeste dans l'iris et dans les humeurs de l'œil, et une cécité complète, par atrésie pupillaire ou par altération incurable de la transparence humorale, est la suite inévitable de cette longue série de phénomènes morbides.

En second lieu, si le cristallin déplacé, au lieu d'appuyer sur l'iris, comprime la choroïde ou la rétine, le résultat est le même; seulement, quelquefois il est plus prompt. L'amaurose survient souvent à la suite de longues et profondes douleurs intra-orbitaires. Ce sont les mêmes accidents que nous voyons survenir tous les jours à la suite des opérations de cataracte par abaissement ou par réclinaison; et ce sont là, pour le dire en passant, les inconvé-

nients les plus graves que l'on puisse reprocher à ces méthodes opératoires, accidents indépendants parfois de l'habileté de l'opérateur.

2° Le cristallin peut être luxé en bas et en avant. Deux cas se présentent alors à l'observation : le cristallin déplacé engage un de ses biseaux, inférieur ou supérieur, suivant la direction du coup, dans l'ouverture pupillaire, où il reste comme un tampon, resserré par les fibres de l'iris ; ou bien, entraîné par la violence de la cause traumatique, la lentille franchit complétement l'ouverture pupillaire et vient se précipiter dans la chambre antérieure. Dans le premier cas, la présence du cristallin engagé dans l'ouverture pupillaire entraîne nécessairement et inévitablement des accidents phlegmasiques, en tout semblables à ceux qui résultent de la pression de ce corps sur l'iris. Dans le second cas, on voit parfois le cristallin demeurer placé longtemps à la partie inférieure de la chambre antérieure sans déterminer d'accidents sérieux. Les deux observations suivantes montreront cette différence de résultats.

Obs. I. — M. Michel, de Montluçon, âgé de 24 ans, serrurier, fut atteint, le 25 janvier, par un éclat de bois, qui frappa violemment l'œil gauche, la paupière étant fermée. Ce malade se présenta dans mon cabinet le 4 février suivant, dix jours par conséquent après l'accident.

L'œil malade présentait les lésions suivantes : injection vasculaire d'un rouge violacé des membranes externes ; — teinte trouble et grisâtre du tomentum iridien ; — déchirure transversale, de la longueur de 1 millimètre à peu près, dans la partie moyenne et interne de l'iris ; — nébulum léger sur la partie externe et un peu inférieure de la cornée ; — luxation et déplacement de la lentille cristalline, dont le biseau inférieur se trouve engagé à travers l'ouverture pupillaire, et retenu par les fibres de l'iris contractées ; — opacité évidente du cristallin déplacé. — Cet état phlegmasique de presque toutes les membranes de l'œil est accompagné d'un larmoiement peu considérable, d'une photophobie légère, et de douleurs peu en rapport avec un état de désorganisation aussi grave. La vision est nulle.

Un de mes confrères, appelé avant moi, avait ordonné un traitement antiphlogistique énergique, composé d'une saignée du bras, de deux applications de sangsues, la première à la tempe (12), la deuxième à la paupière inférieure (4), de deux purgations à deux jours d'intervalle, d'applications froides sur l'œil, avec un collyre au sulfate de zinc, et d'onctions autour de l'orbite avec l'onguent mercuriel belladoné ; l'emploi de ces moyens avait amené une amélioration notable dans l'acuïté des symptômes inflammatoires.

En effet, l'état général de l'œil décrit plus haut prouvait que la période d'acuïté touchait à sa fin; d'un autre côté, la présence du cristallin déplacé ne me permettait pas d'espérer une résolution complète de ces symptômes tant que ce corps étranger resterait interposé à travers l'ouverture pupillaire. Néanmoins, avant d'en venir à une opération qui me paraissait indispensable, j'employai pendant trois jours un traitement assez énergique. Ainsi, deux purgatifs drastiques furent administrés, des compresses avec l'eau froide furent entretenues et renouvelées sans cesse sur l'œil malade; de plus, j'essayai, à l'aide d'onctions avec l'extrait de belladone pur, de provoquer la dilatation de la pupille, ce qui fut impossible, probablement à cause de la phlegmasie de l'iris.

Au bout de quatre jours, n'ayant obtenu aucune amélioration par l'emploi de ces moyens, je résolus d'attaquer le cristallin déplacé à l'aide d'un instrûment. Je plongeai une aiguille à cataracte dans la sclérotique, comme pour une opération par abaissement; arrivé à la pupille, je glissai doucement la pointe de mon instrument entre le bord externe de l'iris et le corps étranger, puis à l'aide d'un mouvement d'avant en arrière, je piquai le cristallin vers son centre, et l'attirant dans la chambre postérieure, je l'abaissai derrière l'iris.

Je préférai, dans cette circonstance, l'emploi de l'aiguille, parce que la kératite existante contre-indiquait la section de la cornée et l'extraction du cristallin.

Cette petite opération ne fut suivie d'aucune recrudescence des symptômes phlegmasiques. Le malade fut soumis au régime, au traitement et au pansement des opérés de cataracte. Au bout d'un mois, tous les accidents avaient disparu; il ne restait, comme trace de l'affection traumatique, que la déchirure de l'iris signalée plus haut. La pupille était nette, mais avait peu de contractilité. La vue était imparfaite. Il est probable que, dans cette circonstance, la commotion violente qui accompagna le coup, provoqua, par le refoulement des humeurs de l'œil, une compression des membranes nerveuses, qui fut suivie d'un affaiblissement assez grave de la rétine. On le sait, c'est là un des résultats les plus fâcheux et les plus ordinaires des violences extérieures et des coups sur l'œil.

L'observation suivante que j'ai trouvée dans mon répertoire, après avoir fait ce travail, me paraît mériter d'être intercalée ici; elle présente une certaine ressemblance avec la précédente, mais elle offre en même temps quelques indications différentes.

Obs. II. — Le 4 mars 1841. la fille Saint-Joux, du département de la Dordogne, âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, vint me consulter pour une affection traumatique de l'œil droit, survenue à la suite d'un coup d'une verge de fer. L'œil frappé offrait les altérations sui-

vantes : 1° division complète de la cornée, intéressant toute la largeur de cette membrane, dans sa partie inférieure, un peu au-dessous de la pupille, dans l'endroit à peu près où se fait d'ordinaire la section dans l'opération de la cataracte par extraction; 2° luxation et déplacement en avant du cristallin qui se trouve engagé à travers l'ouverture pupillaire; 3° opacité de cette lentille; 4° inflammation de l'iris et des autres membranes; 5° larmoiement continuel; 6° douleurs de tête violentes. L'accident datait de huit jours. La malade n'avait employé jusque-là que quelques moyens insignifiants. Aussi la phlegmasie avait-elle suivi une marche progressivement croissante.

Dans ce cas, l'indication thérapeutique me parut évidente. La première chose à faire était de profiter de l'ouverture accidentelle de la cornée pour débarrasser la pupille du corps étranger qui l'obstruait, et qui, par sa présence sur les fibres de l'iris, augmentait la phlegmasie de cette membrane. J'exécutai de suite cette petite opération en allant accrocher le cristallin déplacé avec une petite airigne et en l'attirant doucement au dehors à l'aide de tractions légères. On le comprend, dans l'état où se trouvait l'œil, il eût été imprudent de chercher à faire sortir le cristallin à l'aide d'une pression sur l'organe. La pupille une fois débarrassée du tampon qui l'obstruait, j'employai alors contre les symptômes inflammatoires un traitement antiphlogistique énergique (saignées dérivatives, sangsues aux apophyses mastoïdes, ventouses scarifiées aux épaules, purgatifs répétés, applications froides et résolutives, etc.). Le cristallin extrait, les douleurs diminuèrent de jour en jour, et disparurent bientôt. Au vingt-cinquième jour de traitement, l'œil était à peu près guéri. Malheureusement, l'inflammation des membranes internes avait été suivie de la formation de quelques fausses membranes qui obstruaient le champ de la pupille. D'un autre côté, la section de la cornée laissa, en se cicatrisant, un albugo épais et assez large. La vision fut nécessairement troublée par ces deux altérations ineffaçables. Nul doute que sans elles la vue n'eût été bonne.

J'arrive maintenant à l'observation qui devait être la deuxième dans cette note, et qui nous montrera une luxation complète du cristallin qui ne fut suivie d'aucun accident sérieux.

Obs. III. — Le 24 mars 1841, la fille Bertrand, Anne, de Saint-André de Cubzac (Gironde), âgée de 26 ans, vint réclamer mes conseils pour une maladie des organes de la vue. A l'examen je reconnus les symptômes suivants :

L'œil gauche présentait un énorme staphylôme de la choroïde, situé dans le grand angle, et ayant la grosseur d'une petite noisette. La cornée de cet œil était recouverte d'un albugo épais, occupant toute la circonférence de la membrane. La vision était complétement abolie. Ces altérations étaient la conséquence d'une ophthalmie purulente qui avait succédé à une opération de cataracte par abaissement, pratiquée à l'hôpital de Bordeaux en l'année 1840. La cécité de ce côté était par conséquent incurable.

En examinant attentivement l'œil gauche, on distinguait dans la partie médiane et inférieure de la première chambre, un corps opaque, arrondi, de la grosseur d'une lentille, et qu'il était facile de reconnaître, à la première vue, pour un cristallin cataracté, déplacé de sa position normale. Ce corps obstruait les quatre cinquièmes à peu près de l'ouverture pupillaire. Néanmoins, au-dessus de son bord supérieur, on apercevait une partie très-minime de la pupille qui paraissait noire, libre et nette. Ce corps n'avait aucune adhérence évidente avec l'iris. Le cristallin cataracté était d'un blanc nacré, parsemé çà et là de stries grisâtres; l'iris était parfaitement sain, la cornée claire et transparente. La malade distinguait faiblement quelques objets à travers la petite portion de prunelle que ne couvrait pas la lentille déplacée. Les autres membranes de l'œil n'offraient aucune trace de phlegmasie. La malade me fournit sur son état les renseignements que voici :

Dix mois environ après l'opération malheureuse de l'œil droit, alors que la vue s'affaiblissait graduellement par suite de l'opacité croissante du cristallin gauche, la malade, en traversant une rue, se heurta violemment contre le brancard d'une charrette; le coup atteignit la partie supérieure de l'orbite, à quelques millimètres au-dessus du sourcil gauche, et divisa les téguments dans une longueur de plus de 1 centimètre, autant que j'ai pu en juger par l'apparence de la cicatrice. Cependant il ne fut suivi d'aucune espèce d'accident. Seulement, le lendemain, les personnes qui entouraient la malade aperçurent dans la chambre antérieure de l'œil le corps opaque que nous y retrouvâmes à l'examen. La commotion produite par le coup avait donc amené la rupture des ligaments du cristallin et le passage de ce corps dans la chambre antérieure de l'œil. Le déplacement de la lentille cataractée ne fut suivi, dans ce cas, d'aucun symptôme grave. La phlegmasie oculaire qui en fut la conséquence disparut, sans remèdes, au bout de quelques jours, et la malade, peu encouragée par l'insuccès d'une première opération, et par les douleurs longues et violentes qui l'avaient suivie, demeura près d'une année sans recourir aux conseils d'un homme de l'art.

Dans le cas présent, une seule indication se présentait : enlever par une opération le cristallin déplacé. Après beaucoup d'hésitation, la malade finit par se décider à l'opération proposée.

Le 26 mars, j'opérai cette femme. Une simple incision à la cornée suffit pour donner passage au cristallin, que je pus saisir avec une petite airigne, et que j'attirai doucement au dehors. Cette petite manœuvre opératoire ne fut suivie d'aucun symptôme de phlegmasie, et quinze jours après, la malade était pour ainsi dire guérie. — A cette époque, je pus constater l'état de l'œil opéré. La pupille était nette, régulière; l'iris avait sa contractilité normale; la cicatrice de la cornée était linéaire et presque imperceptible; la vue était parfaite. Cette fille, affectée de myopie, avait gagné par l'opération la disparition de cette infirmité. Le résultat était aussi complet qu'il était possible de le désirer.

Ce fait prouve d'une façon évidente que le cristallin déplacé peut séjourner pendant longtemps dans la chambre antérieure de l'œil, entre l'iris et la cornée, sans déterminer des symptômes phlegmasiques dangereux; mais il faut pour cela que le corps étranger n'exerce aucune pression ni sur l'une ni sur l'autre de ces membranes.

Je pourrais ajouter ici huit ou dix autres observations de la même espèce, que j'ai recueillies dans ma pratique; mais ce serait allonger inutilement ce travail.

Il me reste maintenant à exposer les réflexions qui m'ont été suggérées par ces cas nombreux et divers, et à formuler les indications thérapeutiques qui me semblent ressortir de l'étude attentive de ces différentes lésions oculaires.

Comme on a pu le voir par les quelques faits que je viens de citer, il est une indication thérapeutique qui semble dominer pour moi tout le traitement de la lésion traumatique que j'ai voulu étudier ici : c'est la position du cristallin déplacé par rapport aux membranes environnantes. Sans nul doute, les autres lésions oculaires concomitantes, telles que la division de la cornée, la déchirure de l'iris, le refoulement des humeurs, la compression de la rétine, ont bien leur importance et leur gravité; mais cependant, suivant moi, la première chose que le praticien doive considérer avant d'en venir à aucun traitement, c'est cette position anormale de la lentille déplacée. Dans la majorité des cas, en effet, de la position du cristallin dépendent les ophthalmies interminables qui succèdent d'ordinaire à cet accident. La cause matérielle, palpable, c'est évidemment ici le cristallin déplacé.

En admettant ce premier principe, il est facile de comprendre que si, dans ces circonstances, on se borne, comme c'est l'habitude, à s'occuper des accidents inflammatoires, au lieu d'attaquer direc-

tement la cause principale qui souvent les provoque et les entretient, il est impossible, par cela même, d'arriver jamais à un résultat satisfaisant. Ceci est prouvé, pour moi, par les faits nombreux que j'ai été à même d'observer. D'un autre côté, je suis convaincu aussi que, dans une grande partie des cas, on peut espérer et obtenir un résultat favorable si on a recours aux moyens chirurgicaux, sans perdre son temps à administrer les remèdes antiphlogistiques.

La première indication, suivant moi, consiste donc à remédier de suite à cette position fausse du cristallin, soit en l'extrayant, soit en le plaçant de façon à ce qu'il ne puisse nuire aux autres membranes.

Au reste, comme, dans tous les cas, le cristallin luxé devient inévitablement opaque, il faut toujours en venir tôt ou tard à une opération, si l'on veut rendre la vue au malade; ce n'est donc plus qu'une question d'opportunité qui reste à discuter ici. Or, cette opportunité de l'opération me semble jugée par les réflexions qui précèdent. Reste à spécifier les cas où l'opération est immédiatement applicable.

L'extraction du cristallin luxé ou son changement de position doivent être exécutés dans les trois cas suivants :

1° Dans la luxation complète en bas et en arrière, lorsque le cristallin appuie par une de ses faces ou par un de ses biseaux sur la face postérieure de l'iris, et qu'il refoule cette membrane en avant. — Dans ce cas, il faut, avec une aiguille à cataracte, introduite par la sclérotique, s'efforcer de le remettre dans la position ordinaire d'une cataracte opérée par abaissement ou par réclinaison.

2° Dans la luxation en bas et en avant, quand le cristallin engagé à travers l'ouverture pupillaire y demeure retenu par le resserrement des fibres de l'iris. — Dans ce cas, on a à choisir entre deux manœuvres opératoires pour en débarrasser la prunelle. On peut le plonger dans la chambre postérieure, comme je l'ai fait dans l'observation première, ou bien l'extraire par une ouverture faite à la cornée. C'est au tact du praticien à reconnaître quel est le procédé qui doit être appliqué de préférence au cas qu'il a sous les yeux. Pour moi, je préfère l'extraction par la cornée toutes les fois que cette membrane est saine et n'est pas atteinte par une phlegmasie violente qui en contre-indique la section. L'extraction ici, comme dans les opérations de cataracte ordinaire, est pour

moi la méthode qui doit être employée de préférence aux autres, parce qu'en la mettant à exécution on est toujours matériellement sûr de ce que l'on fait. Ce que j'ai toujours reproché à l'abaissement, c'est qu'avec cette méthode opératoire on ne sait jamais au juste dans quelle position on place le cristallin. Or, en chirurgie, ce doit être comme en mathématiques, on devrait toujours pouvoir raisonner son opération comme une règle. On doit préférer l'abaissement avec l'aiguille quand la cornée est en proie à une phlegmasie, ou qu'elle est recouverte d'ulcérations. Il ne serait pas prudent de l'ouvrir alors avec un instrument tranchant. Ai-je besoin de rappeler que, dans le cas où cette membrane se trouverait ouverte accidentellement, comme cela arriva chez le malade qui fait le sujet de ma deuxième observation, il faudrait immédiatement profiter de cette issue. Cette idée est si simple, qu'elle viendrait, à la seule inspection, à tous les praticiens.

3° Dans la luxation complète en avant et en bas, quand le cristallin, précipité dans la chambre antérieure, appuie sur la face antérieure de l'iris, il faut l'extraire de suite par une incision à la cornée. Dans les cas heureux de cette espèce, comme celui décrit dans la troisième observation, on pourrait, vu la position du cristallin, attendre, pour faire l'opération, que les accidents phlegmasiques eussent disparu.

Quant aux cas signalés sous la dénomination de luxation incomplète, c'est au coup d'œil de l'oculiste à reconnaître si le cristallin déplacé doit être de suite complétement enlevé du champ pupillaire, et quel est le procédé opératoire qui doit être mis en œuvre en cette circonstance. Au reste, ces cas-là étant rarement suivis d'accidents inflammatoires sérieux, peu importe que l'opération soit faite un peu plus tôt ou un peu plus tard.

Je me hâte de le dire, les indications que je viens de poser, sous une forme peut-être trop aphoristique, ne sont pas formulées cependant d'une manière fixe et invariable. J'ai eu en vue, dans ce travail, de généraliser autant que possible et de faire ressortir les indications thérapeutiques les plus importantes. Voilà tout. La lésion traumatique que j'ai voulu étudier se présente sous une infinité de formes si diverses, et elle est parfois accompagnée de complications si différentes, qu'il y aurait témérité à vouloir ramener cette foule de variétés à un mode de traitement fixe. J'ai posé quelques principes, indiqué quelques règles ; le tact et l'expérience de chaque praticien feront le reste.

Avant de terminer, il me reste à dire deux mots sur une objection qui m'a été faite souvent, et qui est celle-ci : Ne s'expose-t-on pas, en exécutant une manœuvre opératoire sur un œil déjà enflammé et fatigué par la lésion traumatique qu'il a subie, à augmenter volontairement les chances et les périls de la phlegmasie consécutive? Cette idée toute naturelle, je ne suis pas sans l'avoir eue aussi ; mais l'expérience m'en a démontré la fausseté. En fait, à quoi se borne, en définitive, la manœuvre opératoire dans les cas dont il s'agit? A faire une incision légère au bas de la cornée, si on veut extraire le cristallin, puis à aller l'accrocher avec une airigne pour l'attirer doucement au dehors, ou bien à plonger une aiguille à cataracte à travers la sclérotique pour aller embrocher le cristallin et l'attirer au bas de la chambre postérieure. Je vais plus loin : j'admets pour un moment que l'opération puisse activer l'inflammation existante, eh bien! je dis que, dans ce cas-là, il faudrait encore la faire. En effet, il y a un fait certain, inévitable : c'est que si on laisse le cristallin dans sa position anormale, et ici se limite mon observation aux trois variétés de luxation que je viens d'indiquer, on peut dire d'avance que la phlegmasie des membranes internes amènera des désordres tels que tout espoir dans une opération ultérieure est détruit, et que la vue est à jamais perdue. Au contraire, en faisant de suite l'opération que je conseille, on a souvent des chances de conserver la vision. Entre un danger certain et un péril au moins douteux, quelle est la conduite que la prudence indique? La réponse ne nous semble pas embarrassante : *de deux maux, il faut toujours choisir le moindre.*

QUELQUES FAITS INTÉRESSANTS DE CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE;

par le docteur BARRIER,

chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, etc.

Parmi les faits intéressants, relatifs aux maladies des yeux, qui se sont présentés dans mon service, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, je citerai les suivants :

Luxation sous-conjonctivale du cristallin. — M. le docteur Rivaud-Landreau a publié, l'année dernière, dans la *Gazette médicale de Lyon*, une observation remarquable de luxation de la lentille sous la conjonctive (1). Le hasard nous a fourni dernièrement, à peu de

(1) Cette observation a également été communiquée aux *Annales d'Oculistique*,

distance, deux faits du même genre. Nous reproduirons l'un et l'autre malgré leur ressemblance, parce qu'en définitive les faits de ce genre sont assez rares pour mériter d'être consignés dans les annales de la science, jusqu'à ce que l'histoire de cette affection singulière à plus d'un titre soit devenue classique et le résumé synthétique d'un grand nombre d'observations.

On s'explique facilement qu'une contusion ou un simple ébranlement du globe oculaire amène le déplacement du cristallin dont la fixité est bien plus le résultat d'une juxta position que celui d'une adhérence solide avec les parties qui l'environnent. Dans la plupart des cas, le cristallin détaché des procès ciliaires se porte dans le corps vitré, flotte dans son épaisseur, ou se précipite dans sa partie déclive, ou enfin s'échappe à travers la pupille et se loge dans la chambre antérieure. Jusque-là rien qui ne s'explique facilement. Mais d'autres cas se présentent, ceux par exemple où une violence exercée sur le globe oculaire amène la déchirure des membranes rétine, choroïde et sclérotique, et l'issue du cristallin à travers cette ouverture jusqu'au-dessous de la conjonctive bulbaire qui, par son élasticité, résiste seule à la rupture. Il semble qu'une blessure capable d'amener un semblable résultat devrait produire inévitablement l'évacuation complète des humeurs et l'atrophie consécutive du globe oculaire. Il n'en est pas ainsi dans beaucoup de cas. Bien qu'en général les lésions concomitantes soient graves et de nature à abolir les fonctions de l'œil, on observe que l'organe conserve son volume, sa forme et son aspect extérieur ordinaire. C'est, entre autres particularités, ce qu'il a été permis de constater dans les deux observations suivantes.

Obs. I. — *Luxation sous-conjonctivale du cristallin, produite par un coup de corne de bœuf.* — Le nommé Drevon, âgé de cinquante-huit ans, entré le 3 mai dernier dans la salle des opérés, nº 20, raconte qu'il a reçu, il y a quinze jours, un coup de corne de bœuf sur l'œil droit. Il a éprouvé une vive douleur, et dès cet instant la vue a été complétement perdue. Les accidents inflammatoires ont eu peu d'intensité ; mais la cécité persistant, le malade est venu à l'hôpital dans l'espoir de se faire guérir.

Aujourd'hui l'état de l'œil est le suivant : la cornée est transparente, mais on distingue derrière elle une couleur générale noirâtre au milieu de

sous ce titre : *Note sur un cas remarquable de lésion traumatique du globe de l'œil.* Voyez vol. XXI, p. 193.

laquelle l'iris a comme disparu. Tous les milieux de l'œil ont perdu leur transparence par suite du sang qui a dû s'épancher dans l'intérieur des membranes. La coque extérieure de l'œil, c'est-à-dire la sclérotique, paraît bleuâtre, et dans plusieurs points il y a sous la conjonctive les traces d'une ecchymose encore récente ; mais ce que l'œil présente de plus remarquable, c'est qu'à la partie interne, entre la cornée et la caroncule, il existe une tumeur de la grosseur d'un pois, qui paraît recouverte par la conjonctive d'une couleur jaunâtre. La forme, le siége de cette tumeur et la nature de l'accident font présumer que c'est le cristallin qui a été luxé à travers les enveloppes de l'œil jusqu'au-dessous de la conjonctive. On pratique une incision en travers de cette petite tumeur pour la couper en deux moitiés, et l'on extrait par là le cristallin en deux parties. Cet organe est parfaitement reconnaissable à sa forme, à sa consistance à peu près normale; sa couleur seule est changée, il a perdu sa transparence et est devenu d'une couleur blanche comme de l'amidon cuit et pris en gelée.

Cette opération n'est suivie d'aucun accident. On regarde comme incurables les désordres que la contusion a produits dans le globe de l'œil, et on laisse le malade quitter l'hôpital le 8 mai.

L'observation suivante ressemble beaucoup à celle qu'on vient de lire ; seulement, la maladie était plus ancienne et le cristallin avait subi un changement de consistance.

Obs. II. — *Cristallin luxé et enkysté sous la conjonctive par suite d'un coup de corne de bœuf.* — La nommée Joséphine Coletta, âgée de quarante-sept ans, venant d'une commune du département de l'Ain, près de Nantua, raconte qu'elle reçut il y a huit mois un coup de corne de bœuf dans le coin de l'œil gauche. La vue fut perdue sur le coup. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les accidents inflammatoires furent peu intenses. Au bout de quelques jours, lorsque les paupières purent être écartées, on reconnut dans le grand angle de l'œil une petite tumeur arrondie qui se présente aujourd'hui dans le même état qu'à cette époque. — Cette tumeur présente le volume et la forme du cristallin ; sa surface antérieure est lisse et très-convexe, tandis que celle qui correspond à la sclérotique paraît plus plane. La tumeur est fixe dans la place qu'elle occupe; atteignant par sa circonférence le bord interne de la cornée, elle suit l'œil dans tous ses mouvements, présente une couleur d'un blanc jaunâtre. La pellicule conjonctivale qui la recouvre probablement ne présente point d'injection notable. Quant au reste de l'œil, cet organe a le même volume et la même forme qu'à l'ordinaire, la cornée est transparente ; mais au delà on ne distingue ni l'iris, ni la pupille : tout est confus et désorganisé.

Du côté droit, bien que l'accident ne l'ait point compromis, la vue a

commencé à se perdre depuis deux ou trois mois. La cornée est saine. La chambre antérieure est presque effacée par la proéminence de l'iris poussé d'arrière en avant. La pupille est peu dilatée, immobile, et immédiatement derrière elle se voit une pellicule blanchâtre. A la circonférence de la cornée, la sclérotique présente une teinte bleuâtre, comme si elle était amincie et comme s'il y avait un commencement de staphylôme de la choroïde. Vu de profil, l'œil paraît un peu conique dans sa partie antérieure.

16 mai. — On opère la malade, on fait une incision superficielle transversale sur la tumeur avec un couteau à cataracte. On trouve la membrane qui enkyste le cristallin plus épaisse et plus dense que la conjonctive normale. Après l'incision qui comprend tout le diamètre transversal de la tumeur, le cristallin ne s'échappe pas malgré quelques pressions sur la circonférence du kyste ; on est obligé de porter une aiguille à cataracte dans la poche pour extraire la lentille qu'on trouve en totalité ramollie et semblable à des grumeaux d'amidon cuit. Après l'ablation, la paroi antérieure du kyste s'affaisse sur la sclérotique ; il ne s'est écoulé que quelques gouttes de sang. — On applique une simple compresse d'eau de roses.

17 mai. — L'œil va bien, il y a un peu de conjonctivite, mais la malade ne souffre pas. — Elle a bien reposé.

20 mai. — L'œil va très-bien, la malade demande si on ne peut pas opérer l'œil droit. Je m'y suis refusé, tant à cause des altérations dont cet œil est le siége et qui constituent tout autre chose qu'une cataracte, qu'en raison de ce que la conjonctivite produite à gauche par l'opération pourrait, malgré son peu d'importance, augmenter les chances d'inflammation sur l'œil droit si l'on venait à l'opérer. Je regardai au moins un ajournement comme indispensable.

Cette observation est remarquable par l'ancienneté du mal : il semble au premier abord que le cristallin luxé sous la conjonctive devait amener un travail d'élimination ou se ramollir rapidement et s'absorber. Il n'en a pas été ainsi, comme on vient de le voir. Le cristallin est resté huit mois dans la place anormale qu'il occupait, et il aurait pu y séjourner davantage encore sans perdre la plupart des attributs de son organisation et sans provoquer aucune inflammation notable. Il est bon cependant, en comparant ce fait au premier, de remarquer que, tandis que dans celui-ci le séjour du cristallin, au-dessous de la conjonctive, datant de quinze jours, n'avait amené que l'opacité de la lentille, celle-ci avait, au bout de huit mois, chez la femme Coletta, éprouvé un certain degré de ramollissement et d'atrophie, qui, en continuant, en aurait amené

la résorption complète. On remarquera encore que la conjonctive recouvrant le cristallin s'était considérablement épaissie, et que l'organe était logé dans un véritable kyste adossé à la sclérotique, formé d'une membrane épaisse et résistante, développée aux dépens de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-muqueux.

Au point de vue du traitement, l'indication formelle était d'extraire le corps étranger dont la présence entretenait de l'irritation à la surface du globe de l'œil et des paupières. Cette indication a été remplie sans qu'il en soit résulté aucun accident.

II. — *Staphylôme transparent de la cornée.* — Le hasard a réuni dans mon service, au même moment, deux cas intéressants de cette maladie qui, sans être très-rare, ne s'observe pas cependant tous les jours, et dont la cause prochaine a donné lieu, par son obscurité, à des opinions opposées sur l'étiologie de cette singulière affection. Les deux cas dont il s'agit pourraient être invoqués en faveur de deux théories contraires. On sait que quelques ophtalmologistes expliquent la conicité de la cornée par un ramollissement de son tissu qui en occupe surtout le centre et dont ils voient la preuve dans l'existence presque constante d'une tache au sommet du cône. D'autres, au contraire, alléguant avec raison que cette tache manque dans beaucoup de cas, ne se montre que sur des staphylômes déjà anciens et paraît se développer plutôt après qu'avant le staphylôme, soutiennent que cette tache est le résultat du frottement de la cornée contre les paupières, et que cette membrane conservant d'ailleurs tous les caractères de l'état normal, c'est faire une hypothèse gratuite que d'expliquer par une maladie de la cornée l'hydropisie de la chambre antérieure de l'œil. Je me range à cette opinion, et les deux faits qui suivent, convenablement interprétés, appuient sans aucun doute cette manière de voir.

Obs. III. — Au n° 114 de la salle Saint-Paul, est couchée, depuis le 26 avril, une jeune fille âgée de 21 ans, veloutière, d'un tempérament lymphatique, qui depuis deux ou trois ans a éprouvé plusieurs inflammations des deux yeux. Des traitements répétés ne l'ont jamais guérie radicalement, et dans l'intervalle des recrudescences inflammatoires, elle s'est aperçue que sa vue devenait graduellement plus courte, comme celle des myopes.

Depuis quelque temps l'irritation a repris une certaine intensité, et la malade, rentrée à l'hôpital, nous présente l'état suivant : saillie conique très-prononcée de la cornée des deux yeux, un peu plus marquée à droite

qu'à gauche. La cornée est partout transparente, excepté au sommet qui est opaque dans l'étendue de 1 millimètre carré environ; l'œil est sain dans toutes ses autres parties, à cela près que la conjonctive est rouge, qu'il y a de la douleur, de la photophobie et un larmoiement abondant. La malade y voit fort peu de face; de côté elle distingue les objets, mais en somme la vision est très-imparfaite. La malade raconte que lorsqu'elle tient ses yeux immobiles et fermés pendant quelques jours, les symptômes inflammatoires se calment souvent d'eux-mêmes, et qu'ils reviennent aussitôt qu'elle se remet au travail.

On prescrit l'immobilité des paupières, quelques antiphlogistiques pour faire tomber l'irritation. Quand ce résultat est atteint, on pratique, le 7 mai, une ponction à chaque cornée pour évacuer la chambre antérieure. L'humeur aqueuse jaillit avec beaucoup de force et s'écoule en totalité; on immobilise les paupières au moyen du collodion, d'après le procédé que j'emploie après l'extraction de la cataracte et que je ferai prochainement connaître, et l'on exerce un certain degré de compression sur le globe oculaire. — Le 10 mai, il n'y a pas eu d'accident. On découvre les yeux; l'humeur aqueuse s'est reproduite en grande partie; on continue la compression. Le 17 mai, on fait une seconde ponction; auparavant on constate que le relief conique de la cornée paraît avoir diminué et que le malade y voit mieux. Les suites de cette seconde ponction sont très-simples. Comme il semble que ce moyen produit quelque bien, je me propose d'y revenir.

Obs. IV. — Le deuxième fait a été fourni par un jeune homme de vingt-deux ans, qui est entré à l'hôpital le 1er mai, salle des opérés, n° 8. Ce malade était très-myope depuis son enfance, lorsqu'il y a six ans il a commencé à perdre la vue. La cécité a fait des progrès graduels, et depuis quelque temps il est tout à fait aveugle. On constate que les deux cornées sont fortement coniques, à un degré moindre toutefois que chez la malade de l'observation précédente. D'ailleurs, la membrane est parfaitement transparente, même à son centre. La chambre antérieure est distendue par l'humeur aqueuse. Il existe en outre sur chaque œil une cataracte qui présente les caractères d'une cataracte capsulaire, adhérente à l'iris dont l'ouverture pupillaire est rétrécie, irrégulière, immobile, insensible à la belladone. L'état du cristallin ne peut être reconnu, mais on pense qu'il est probablement altéré.

En face de cette coïncidence d'un staphylôme transparent de la cornée et d'une cataracte, j'estimai qu'il y avait lieu de procéder à l'extraction de la cataracte et d'espérer, si cette opération réussissait, que l'absence du cristallin compenserait l'excès de réfraction opérée par la cornée conique et pourrait guérir la myopie ancienne, sans produire la presbytie comme dans les cas ordinaires. — L'opération fut donc

tentée et heureusement accomplie malgré les difficultés résultant des adhérences de l'iris avec la cataracte. Après la section de la cornée, je me servis de petites pinces à pupille artificielle pour saisir la capsule, puis j'excisai ses adhérences avec de petits ciseaux coudés, et je parvins à entraîner au dehors, soit avec les pinces, soit avec des pressions ménagées sur le globe de l'œil, la capsule antérieure et le cristallin placé derrière et devenu opaque, mais diminué de volume et très-mou. La pupille parut alors très-nette. Néanmoins le malade n'eut aucune sensation de la lumière, et je pensai qu'il y avait une amaurose concomitante. Les suites de l'opération furent très-simples, en ce sens qu'il ne survint aucun accident; mais à l'époque où le malade quitta l'hôpital, c'est-à-dire le 23 mai, il n'y voyait pas, malgré l'aspect très-beau de la pupille. La cornée avait repris sa forme arrondie, un peu saillante au centre, mais moins conique en réalité qu'avant l'opération.

Sans l'amaurose, qu'il a bien fallu invoquer pour expliquer l'insuccès de l'extraction de la cataracte, il eût été très-intéressant de constater les suites de cette opération et son résultat sur l'action réfringente des milieux de l'œil. Il est malheureux que cette observation ait été rendue impossible par cette complication; mais ce fait peut servir à montrer que le staphylôme transparent de la cornée ne s'accompagne pas toujours d'une tache ou d'une altération quelconque appréciable de cette membrane. Chez notre première malade, l'exercice de la vue et par conséquent la mobilité de l'œil amenant un frottement répété du staphylôme contre la surface postérieure des paupières, on comprend facilement comment le sommet de la cornée a pu devenir opaque et perdre son poli, ainsi que les douleurs et l'irritation inflammatoire qui en étaient la conséquence. Chez le second malade, au contraire, la vue s'étant perdue depuis longtemps par le développement de la cataracte, les yeux n'ont plus exercé que peu de mouvements. De là pas de frottements répétés, irritants, du staphylôme contre les paupières, et par suite absence de toute altération de la surface du cône formé par la cornée.

L'absence de toute altération appréciable dans la structure de la cornée et des autres membranes en contact avec l'humeur aqueuse, doit faire considérer la conicité transparente du miroir de l'œil comme le résultat d'une hydropisie idiopathique analogue à plusieurs autres hydropisies, telles que l'hydrocèle, l'ascite, etc. Il n'y a là qu'une augmentation d'activité dans les vaisseaux exhalants. Malheureusement les méthodes qui guérissent radicalement

des hydropisies analogues dans d'autres organes ne peuvent être appliquées à celle-ci. Il n'y a pas d'autre moyen rationnel à tenter que les ponctions successives et la compression qui ne peut d'ailleurs s'exercer que d'une manière incomplétement efficace : c'est cette médication qui a été tentée et dont on a retiré assez d'avantages pour qu'on doive persister dans son emploi et y revenir encore à plusieurs reprises successives.

SUR LE STRABISME DROIT.

LETTRE ADRESSÉE A M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN,

par le docteur J.-B. BORELLI,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Turin, chirurgien de l'hôpital majeur des Saints-Maurice et Lazare, etc.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

La question des rétractions musculaires relatives à l'explication des différentes formes de strabisme, est loin d'avoir reçu son dernier mot de solution. La vive polémique élevée naguère entre les honorables MM. Corvisart, Philippe et la *Gazette médicale de Paris* (1), sur l'existence du strabisme *droit* ou *direct*, admis et défendu par le premier, et la divergence d'opinion entre tous les trois sur les effets immédiats de *contracture* et de *rétraction* musculaire par la paralysie des muscles antagonistes, sont là pour attester que beaucoup de faits se trouvent encore à l'état de contestation et même de problème.

Or, en médecine, plus qu'en toute autre science, les faits simples et nettement caractérisés ont quelquefois une très-grande portée pour résoudre des questions longues et compliquées. Ces faits, que la nature semble se complaire à produire de temps à autre avec toute sa propre naïveté, au milieu des recherches et des discussions les plus opiniâtres, sont autant de pierres angulaires qui font surgir solidement le grand édifice médical auquel travaillent depuis si longtemps tant de générations et de talents distingués.

L'observation que je vous adresse, monsieur et savant confrère, m'a paru renfermer quelques-uns de ces faits simples, dégagés de toute contestation sur ses plus appréciables manifestations, et propres à vous fournir une occasion pour éclaircir quelques questions

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XXII, pp. 195-213, et vol. XXIII, p. 165.

relatives aux formes si variées de strabisme, questions, du reste, que vous avez si bien illustrées par vos investigations scientifiques. Je vous la communique, en conséquence, dépourvue de tout commentaire, comme elle s'est d'abord offerte à moi et comme elle a été conduite à un assez heureux résultat par un traitement simple et rationnel. Veuillez bien l'agréer dans le pur intérêt de la science, et l'insérer dans un prochain numéro de votre toujours intéressant journal.

Strabisme double divergent avec blépharoptose (paralysie de la troisième paire de nerfs cérébraux); semi-fatuité; application répétée de vésicatoires par le collodion cantharidal sur les régions péri-orbitaires; amélioration; préparations de strychnos à l'intérieur; guérison presque complète des strabismes et des blépharoptoses; amélioration peu sensible de la fatuité.

Obs. — Un individu âgé de cinquante ans, voiturier, de constitution originairement nerveuse et très-robuste, de tempérament sanguin, d'humeur gaie, quelquefois très-irritable, ordinairement bien portant, affecté cependant depuis beaucoup d'années d'un herpès squammeux héréditaire de toute la chevelure, a commencé au mois d'août dernier à souffrir des vomissements secs sans cause appréciable, excepté toutefois les causes ordinaires atmosphériques inhérentes à sa profession, et plus encore, selon toute probabilité, pour avoir, pendant un an et demi, passé la plupart des nuits couché sur la paille dans une écurie humide et exposée au nord. Après deux semaines, les vomissements cessèrent, et il survint une tendance telle au sommeil, qu'il aurait dormi des journées entières. Ce n'était qu'avec de grandes difficultés qu'on pouvait parvenir à le réveiller pour sa nourriture et autres besoins ; il se rendormait ensuite où qu'il se trouvât. Dans ce temps a commencé un certain degré de fatuité avec un grand affaiblissement de mémoire.

Cet état a duré environ deux mois. La somnolence ayant ensuite diminué, il est survenu de forts maux de tête et de dents qui ont duré un autre mois. Enfin, dans le commencement de décembre, ayant l'habitude d'appuyer très-souvent sa tête sur une étuve en fer, on s'aperçut que l'œil gauche déviait de sa direction normale et restait tourné en dehors, tandis que le malade accusait des tournoiements des objets environnants. Cependant, après quelques semaines, l'œil gauche se remit tant soit peu de sa divergence, et alors le droit commença à son tour à se porter en dehors, de manière qu'en peu de jours la divergence fut presque complète, et dans le même temps la paupière supérieure devint tellement procidente, que l'œil fut complétement fermé. Alors le strabisme gauche

recommença aussi à se faire plus prononcé, et la paupière supérieure correspondante à se rendre procidente.

J'oubliais de dire que dès l'invasion de la maladie, c'est-à-dire dès l'apparition des vomissements, l'herpès avait beaucoup diminué de ses desquamations habituelles. Pareillement, il y a cinq ou six ans, l'écaillement de la chevelure ayant diminué, il survint à l'œil et au côté gauche de la figure un érythème érysipélateux, qui, quoique guéri, a laissé une petite croûte sur l'aile gauche du nez, qui subsiste encore maintenant.

Quand je reçus le malade dans ma clinique, le 18 du mois de mars dernier, il se trouvait dans l'état suivant : procidence complète de la paupière supérieure droite sans le moindre mouvement, quoique le muscle orbiculaire conserve encore sa motilité. En élevant forcément la paupière, on aperçoit une divergence telle de l'œil, que plus des deux tiers de la cornée restent cachés sous l'angle orbitaire externe. L'œil ne peut absolument faire aucun mouvement. Le bord de la paupière supérieure de l'œil gauche n'est distant du bord de l'inférieure que d'un tiers de centimètre; la moitié de la cornée de l'œil est aussi cachée sous l'angle orbitaire externe; tout mouvement pour élargir l'ouverture des paupières et pour changer la position de l'œil est impossible. La vue cependant n'est pas trop altérée, et en élevant la paupière procidente de l'œil droit, le malade distingue clairement tous les objets; les deux pupilles ont une dilatation moyenne et sont peu mobiles à l'impression de la vive lumière. En lui tenant les yeux ouverts, le malade n'éprouve pas de diplopie, mais il se rappelle avoir vu les objets doubles dans le commencement de la maladie. Il marche encore avec un certain aplomb, mais il est forcé d'élever beaucoup la tête et de la bien tourner du côté droit, soit pour étendre horizontalement, soit pour porter en plus droite direction des objets, le petit champ de vision qui lui reste entre les bords des paupières de l'œil gauche.

Le malade présente un air de fatuité assez prononcé, quoiqu'il raisonne encore juste et sache jusqu'à un certain point donner quelques renseignements sur sa maladie; cependant les détails lui échappent, et ce n'est que par le moyen de sa femme que j'ai pu les avoir assez complétement, comme je viens de les exposer.

L'appétit est bien senti, et les digestions ont lieu avec toute perfection. Les fonctions évacuatrices, avec toute probabilité, se font encore avec conscience, quoiqu'elles se fassent depuis quelque temps dans le lit du malade. En effet, quand il est levé, il va dans un coin quelconque pour y satisfaire, et interrogé sur son action, il allègue pour excuse qu'il se croyait sur la chaise; quelquefois même il descend encore du lit pour ses besoins naturels. Il mange par lui-même, et il semble qu'il distingue encore le goût des aliments. Dernièrement, étant déjà chez lui, on l'a surpris à prendre de grandes poignées de cendre, pour se faire une

semoule dont il paraît très-gourmand. Le même jour, étant seul à la maison, il prit des couverts qu'il porta chez un épicier, où il les échangea contre des œufs, qu'il cassa ensuite; rentré chez lui, il chercha à les faire cuire tout seul dans un pot. En un mot, ses facultés intellectuelles sont manifestement altérées, mais il semble qu'en général il se trompe moins sur le but que sur les moyens de l'obtenir.

Tout le reste des fonctions s'exécute assez normalement; il n'a pas de fièvre; seulement la figure est un peu injectée et les yeux rouges; le pouls, resserré et céphalique, donne environ 85 pulsations.

Je commence mon traitement par la diète, le repos, deux saignées et le tartre stibié en lavage, afin de dissiper un certain degré de congestion cérébrale qu'on pouvait présumer compliquant la lésion plus profonde qui causait la paralysie de la double troisième paire de nerfs cérébraux.

Après une semaine de ce traitement, tout symptôme de congestion et de surexcitation se dissipe; mais la fatuité du malade semble aussi avoir augmenté; les strabismes et blépharoptoses restent au même état.

Je me décide alors à appliquer le collodion cantharidal sur les régions péri-orbitales, c'est-à-dire frontales, sourcilières, temporales, et sur les paupières mêmes (1).

Au bout de douze heures, on remarquait déjà beaucoup de vésicules sur les régions collodionnées; et dans les vingt-quatre heures, toute la figure était littéralement érysipélateuse.

Après cinq ou six jours passés avec un peu de fièvre, de cuisson, de douleur et d'agitation, il ne restait plus que la peau du pourtour des yeux rougie et écailleuse. L'œil gauche s'ouvrait déjà de plus de la moitié,

(1) Le collodion cantharidal, préparé selon la méthode de son inventeur, M. Hisch, pharmacien de Saint-Pétersbourg, m'a rendu de véritables services dans la pratique. Ainsi, je m'en suis servi avec la plus grande satisfaction toutes les fois que je ne pouvais employer des bandages pour contenir les vésicatoires; et maintenant je m'en sers presque exclusivement à tout besoin. Le vésicatoire *monstre* au genou, selon la méthode de M. Velpeau, trouve une très-commode application dans le collodion cantharidal. D'après une trentaine environ d'applications du collodion cantharidal, j'en suis venu aux conclusions suivantes :

1° L'application des vésicatoires par le collodion cantharidal est plus prompte et plus facile;

2° Elle épargne toutes sortes de bandages et évite tous leurs inconvénients;

3° Elle peut se faire sur presque toute la surface du corps;

4° Elle produit une douleur comparativement moindre;

5° Elle donne une vésication plus profonde et maintient un écoulement plus long en raison de l'épaississement de la couche;

6° Elle ne donne point d'irritation vésicale ni autre, quoique appliquée sur une grande surface. (Voir *Del collodion nelle sue varie applicazioni terapeutiche*, Torino, per J.-B. Borelli; *Gazetta medica italiana*, Stati sardi.)

et sa divergence avait beaucoup diminué. De même les paupières de l'œil droit commençaient à s'entr'ouvrir, et le globe à se retourner tant soit peu vers la ligne médiane.

Le collodion cantharidal fut appliqué deux fois sur les deux yeux, et, de plus, deux autres fois sur l'œil droit. En outre, je fis prendre au malade des pilules d'extrait de noix vomique à la dose de 5 centigrammes dans la journée, en y ajoutant plus tard 1 centigramme par jour de strychnine.

Les premières doses de préparations strychnoïdales furent senties par le malade, qui accusait des soubresauts dans la nuit. Cependant ce n'était qu'à chaque disparition des irritations érysipélateuses produites par le collodion cantharidal qu'on remarquait plus directement le progrès de l'amélioration, c'est-à-dire une plus ample ouverture des paupières et moins de divergence des globes oculaires.

Après vingt jours de traitement, l'œil gauche se trouvait presque à l'état normal; la divergence avait disparu et la paupière supérieure se relevait complétement. Les mouvements du globe n'étaient cependant pas tout à fait rétablis; l'œil ne pouvait pas outre-passer la ligne médiane dans sa convergence. Les paupières de l'œil droit pouvaient s'élargir d'environ 1 centimètre, et l'œil se trouvait presque à sa position normale, quoique non encore parfaitement sur la ligne médiane. Les mouvements en dehors sont aussi impossibles, comme pour l'œil gauche. Ainsi, en portant un objet sur le côté droit de la figure du malade, et en le faisant regarder sans lui laisser tourner la tête, on voit l'œil droit se porter avec toute facilité vers l'angle orbitaire externe, tandis que l'œil gauche arrivé sur la ligne médiane s'arrête sans pouvoir suivre les mouvements de l'autre œil. Le même fait s'observe en faisant l'expérience sur le côté gauche, avec la seule différence que l'œil droit ne peut pas parvenir tout à fait jusqu'à la ligne médiane.

Dans aucun cas, le malade n'accuse de diplopie. — Pourrait-on reporter cette forme de strabisme au *direct* ou *droit* de M. Corvisart? Dans ce sens, il y aurait strabisme *direct* ou *droit double*.

En attendant, vu le peu d'amélioration de la fatuité, vu le dégât de toutes manières que le malade apportait chaque jour sur quelques objets; vu, d'un autre côté, la guérison presque complète des strabismes et blépharoptoses, je me suis décidé à laisser partir le malade de l'hôpital; mais je ne l'ai point perdu de vue, et je continue à lui donner quelques soins chez lui. Maintenant, après un autre mois et une double dose des préparations strychnoïdales sus-indiquées, l'amélioration a encore tant soit peu progressé; le malade se promène tous les jours tranquillement tout seul par la ville; l'œil droit arrive jusqu'à la ligne médiane, et le gauche peut même l'outre-passer de quelques millimètres sous des mouvements un peu forcés; la fatuité aussi a diminué; le malade comprend

parfaitement toute question; il se rappelle plus facilement les choses passées; il ne salit plus si souvent son lit; il se plaint d'appétit dévorant; sa figure exprime encore de l'hébétude, mais il est dans le cas de comprendre jusqu'à un certain point l'état pitoyable dans lequel il se trouve, et de faire la comparaison avec celui des temps antérieurs à sa maladie.

NOTE DE M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN.

Voici la note par laquelle M. Jules Guérin répond à M. Borelli :

Dans ce fait, il s'agit d'une paralysie à différents degrés des muscles adducteurs de l'œil. En raison de cette paralysie, l'œil a cessé de se porter en dedans pendant que celui du côté sain se portait en dehors; et ce défaut d'harmonie dans les mouvements a donné lieu à la désharmonie dans la situation des yeux. — J'ai dit, à propos du travail de M. Corvisart et de la discussion qu'il a soulevée, que cette irrégularité ne devait pas s'appeler *strabisme*, et encore moins *strabisme direct*. Il ne faut jamais que la confusion des mots amène celle des choses. Or, l'absence des mouvements de l'œil dans une déviation par suite de paralysie est un symptôme de paralysie et non une difformité, et non un strabisme, pas plus que le défaut de flexion du pied par suite de la paralysie actuelle des muscles extenseurs ne constitue un pied bot. Le fait rapporté par M. Borelli ne peut donc que confirmer ma manière de voir.

NOTE SUR LES MALADIES OCULAIRES OBSERVÉES DANS LA CLASSE PAUVRE DE BRUXELLES;

par le docteur JOSEPH BOSCH,

médecin des pauvres des paroisses de *Finis Terrae*, de Saint-Nicolas et de Saint-Jacques-sur-Caudenberg, à Bruxelles, chirurgien-adjoint de l'Institut ophthalmique de la province de Brabant, etc.

(Extrait d'un rapport au Conseil général d'administration des hospices et secours de la ville de Bruxelles.)

Le tableau suivant et les considérations qui l'accompagnent sont extraits d'une statistique générale des maladies observées en 1848, en ma qualité de médecin des pauvres des paroisses de *Finis Terrae*, de Saint-Nicolas et de Saint-Jacques-sur-Caudenberg de la ville de Bruxelles, offrant une population de plus de 4,000 pauvres. Cette statistique ne forme elle-même que la deuxième partie d'un rapport fort étendu que j'ai adressé au Conseil général d'administration des hospices et secours de la ville de Bruxelles, en ma qualité de médecin des pauvres.

Désignation des maladies.	Époques de l'année pendant lesquelles elles ont été le plus nombreuses.	Hommes.	Femmes.	Garçons.	Filles.	Totaux particuliers.
Ophthalmie scrofuleuse . . .	Toute l'année.	2	9	26	39	76
» catarrhale . . .	2e trimestre.	8	25	8	15	56
» militaire. . . .	Toute l'année.	20	10	13	6	49
Blépharite ciliaire.	»	4	5	8	6	23
Ophthalmie arthritique ou abdominale	»	1	15	0	0	16
Ophthalmie rhumatismale . .	»	2	3	0	0	5
Ophthalmie gonorrhoïque. . .	»	1	0	0	0	1
Amblyopie	»	2	3	0	0	5
Amaurose	»	2	2	0	0	4
Taies de la cornée.	»	1	0	1	2	4
Choroïdite	»	2	1	0	0	3
Tumeur et fistule lacrymales. .	»	2	1	0	0	3
Ophthalmie des nouveau-nés. .	»	0	0	1	1	2
Iritis idiopathique.	»	1	1	0	0	2
» syphilitique	»	0	2	0	0	2
Cataracte.	»	0	1	1	0	2
Albugo	»	0	1	1	0	2
Strabisme	»	1	0	0	1	2
Obstruction des conduits lacrymaux	»	0	2	0	0	2
Tumeurs enkystées des paupières.	»	1	0	0	1	2
Hypopion.	»	1	0	0	0	1
Glaucôme.	»	0	1	0	0	1
Staphylôme.	»	0	1	0	0	1
Ectropion et entropion . . .	»	0	1	0	1	2
Trichiasis	»	0	1	0	0	1
Corps étrangers dans la cornée.	»	1	0	0	0	1
	Totaux généraux. . .	52	85	59	72	268

« Ici nous voyons encore, quant à la fréquence, les mêmes rapports pour les sexes et les âges que j'ai signalés le plus fréquemment jusqu'à présent. Ce sont d'abord les femmes, puis les filles, en troisième lieu les garçons, et finalement les hommes qui se présentent.

» Je crois devoir faire observer que les maladies comprises dans ce tableau, qui relate 268 cas différents, dont l'observation m'a été fournie en 1848 par les pauvres de mes trois paroisses, n'ont pas toutes été traitées au bureau de charité. Plus des deux tiers au contraire l'ont été à la consultation gratuite de l'institut ophthalmique de la province, auquel je

suis attaché depuis près de trois ans et où j'engage tous mes malades pauvres, souffrant des yeux, à venir me trouver de préférence. J'y rencontre l'immense avantage de pouvoir invoquer, dans les cas difficiles et douteux, nombreux en ophthalmologie, la vaste expérience et le coup d'œil si sûr de mon estimable ami M. le docteur Florent Cunier, dont la spécialité ophthalmologique est si justement et si généralement appréciée.

» J'ai dénommé dans ce tableau les ophthalmies d'après leurs symptômes dominants, de sorte que j'ai négligé les formes mixtes, ce qui m'aurait entraîné à trop de longueurs et n'entrait pas dans l'esprit de ce travail.

» L'ophthalmie scrofuleuse se trouve nécessairement en tête comme la plus fréquente des affections oculaires que j'ai rencontrées; à elle seule elle en forme plus que le quart. Son rapport à la totalité de ces maladies se trouve être ici de 28 p. °/₀, proportion qui l'emporte de 5 p. °/₀ sur celle de 23 p. °/₀ généralement admise par les principaux ophthalmologues de divers pays.

» Mais la diathèse scrofuleuse joue un rôle bien plus étendu dans la production des symptômes morbides qui s'attaquent aux organes oculaires; car les maladies d'yeux compliquées de scrofules forment plus de la moitié de la totalité des maladies rapportées dans ce tableau. En effet, le tiers au moins des ophthalmies autres que la scrofuleuse a offert la complication scrofuleuse; puis les blépharites ciliaires, les taies, les tumeurs et fistules lacrymales, les obstructions des voies lacrymales reconnaissaient aussi toutes la même origine.

» Or, leur réunion avec les ophthalmies scrofuleuses pures nous donne le chiffre de 151 qui est dans le rapport de 56 p. °/₀ avec le nombre total de 268 cas de maladies oculaires que j'ai notées dans les trois paroisses en 1848.

» Cette proportion de plus de la moitié de la totalité est beaucoup plus considérable que celle accusée par M. le docteur Florent Cunier (1) qui n'a rencontré que les 2/5 pour les affections oculaires scrofuleuses. Ces différences proportionnelles que je viens de faire observer, tant pour l'ophthalmie scrofuleuse que pour toutes les affections des yeux d'origine

(1) Quoique je me sois interdit les citations, je ne puis m'empêcher de faire ici une exception pour un écrit riche en faits positifs et en observations fort précises qui prouvent une sagacité médicale bien profonde, éclairée par des connaissances spéciales hors ligne. J'ai été fréquemment à même de vérifier l'exactitude des chiffres fournis par M. Cunier dans ses *Recherches statistiques sur la nature et la cause des maladies oculaires*, etc., et je ne puis assez recommander la lecture de cet estimable écrit à tous ceux qui veulent acquérir des connaissances positives sur l'ophthalmologie locale de Bruxelles et de la province de Brabant, etc., etc.

scrofuleuse en général, entre ma statistique pour 1848 et celles des autres ophthalmologues et notamment celle de M. Cunier, sont évidemment dues à ce que je n'ai pu comprendre dans ce travail que les pauvres habitants des trois paroisses de la ville qui m'étaient confiées, et que les statistiques des confrères auxquelles je compare la mienne s'étendent à tous leurs malades ou du moins à des indigents habitant en partie les campagnes où le vice scrofuleux est moins répandu que dans les villes. Quoi qu'il en soit, les proportions que j'ai rencontrées sont un nouvel et puissant argument de la funeste influence des habitations, de la nourriture, des habillements, etc., dans la classe pauvre de Bruxelles sur sa santé.

» Et ce qui le prouve surabondamment, surtout au point de vue des habitations, c'est que ç'à été presque exclusivement dans les impasses et les agglomérations que j'ai signalées comme les plus insalubres que j'ai rencontré l'ophthalmie et les complications scrofuleuses si nombreuses des maladies des yeux. Je dois encore faire remarquer que ce sont les enfants qui forment la majeure partie de ces ophthalmiques qui se rangent comme suit eu égard à la fréquence relative au sexe et à l'âge: d'abord les filles, puis les garçons, en troisième lieu les femmes et finalement les hommes.

» L'ophthalmie catarrhale occupe le second rang pour la fréquence entre les maladies oculaires, et ce sont les femmes et les filles qui ont été le plus fréquemment atteintes de cette maladie. Rarement cette ophthalmie s'est présentée simple; 1/5 environ était compliqué d'ophthalmie scrofuleuse et un autre tiers d'élément rhumatismal. Son rapport de fréquence relativement au nombre total des ophthalmies a été de 25 p. °/ₒ. Les variations subites et nombreuses de la température qui ont eu lieu pendant les mois d'avril, mai et juin, ont été la cause de la plus grande fréquence particulière de cette maladie pendant ce trimestre, et le vice des habitations rend facilement compte de la fréquence générale.

» Une maladie oculaire fort dangereuse, dont l'origine, la nature et la thérapeutique ont été pendant tant d'années le sujet des discussions les plus animées, à la suite desquelles la vérité a fini heureusement par se faire jour et à être acceptée unanimement, occupe le troisième rang pour la fréquence parmi celles que ma clientèle pauvre m'a offertes en 1848 : c'est l'*ophthalmie militaire*, originaire d'Égypte, de nature éminemment contagieuse et dont la gravité est souvent telle qu'elle aveugle au bout de peu de jours, et pour la vie entière, ceux qui ont le malheur d'en être atteints. Il est vraiment déplorable d'étudier et de voir les progrès effrayants qu'a faits cette maladie dans la population civile après avoir si longtemps décimé notre armée.

» J'ai eu l'occasion de recueillir, dans mon service de médecin des

pauvres, des observations multipliées prouvant que Bruxelles renfermait déjà une quantité innombrable de foyers où l'ophthalmie granuleuse était permanente et d'où elle se répandait continuellement sur la population. C'est ainsi, entre autres, que par mes lettres du 14 mai 1838 au conseil général des hospices et au président de la Commission médicale locale, j'ai cru de mon devoir d'en signaler deux, dont l'un, impasse de Dieghem, renfermait huit, et l'autre, rue des Tanneurs, trois individus infectés; et par ma lettre du 21 novembre 1848 au président de la Commission médicale locale, j'ai encore donné connaissance à ce fonctionnaire de deux autres foyers, l'un rue Petite Senne, nº 9, où trois enfants, et l'autre rue des Quatre Livres, nº 20, où deux enfants étaient infectés. Ces cinq enfants étaient récemment sortis du dépôt de mendicité de la Cambre, où ils avaient manifestement contracté cette maladie. Ce dépôt constituait à cette époque un immense foyer d'infection, ainsi que le prouve le rapport administratif fait à ce sujet par M. le docteur Cunier à M. le gouverneur de la province. Toutefois, cet établissement n'est pas le seul grand foyer d'où cette maladie rayonne sur toute la population pauvre; d'autres encore nous en offrent des exemples. Ainsi l'hospice des enfants valétudinaires d'Ixelles m'en a fourni : le 12 juillet 1848, je fus appelé rue du Damier, nº 17, pour François Vanbo, âgé de quatre ans, qui, après un séjour de six mois dans cet hospice, en était sorti avec cette maladie, et l'avait communiquée à sa mère, Catherine Vanbo, brodeuse. Benoît Legrand, 2 1/2 ans, rue des Visitandines, nous est amené le 23 août; il paraît avoir contracté l'ophthalmie granulée à l'école des pauvres, rue des Tanneurs, et il est venu la communiquer à sa mère Hortense Legrand. Celle-ci infecte à son tour son fils Gilles, garçon de forge, âgé de onze ans. Il serait superflu de m'étendre davantage sur ce sujet et de citer de nouveaux exemples pour lesquels je n'aurais que l'embarras du choix. Le rapport de M. Cunier, qu'il est impossible de ne pas citer à chaque instant lorsqu'il est question d'ophthalmie militaire, renferme trop de faits positifs et de trop tristes exemples de la propagation dans Bruxelles et dans tout le pays de cette terrible maladie, parmi la classe civile où elle a été importée par les militaires en congé, pour qu'il reste le moindre doute à cet égard et pour qu'on ne forme point les vœux les plus ardents de voir adopter, dans leur totalité, la série des mesures prophylactiques et curatives proposées par notre savant et zélé ophthalmologue. La principale de ces mesures, la création d'un établissement spécial où tous les ophthalmiques pourront obtenir des soins médicaux appropriés à la nature diverse de leurs maladies, vient de recevoir son exécution, et je ne doute point que les résultats qu'elle produira ne prouvent bientôt toute son efficacité.

» La blépharite ciliaire ou l'inflammation du bord libre des paupières, avec ou sans complication de celle des glandes de Méibomius, tient le

quatrième rang pour la fréquence des maladies dont j'ai dressé le tableau ; toujours chez les enfants et le plus souvent aussi chez les adultes elle reconnaissait pour cause la diathèse scrofuleuse.

» L'ophthalmie arthritique ou abdominale, notée 16 fois au tableau, s'est présentée 15 fois chez le sexe féminin et presque exclusivement chez des pubères ou des femmes d'une constitution lymphatique et qui travaillaient du matin au soir dans une position accroupie. Ici aussi j'ai pu vérifier l'exactitude de l'observation faite par M. Cunier, qui regarde cette ophthalmie comme une maladie propre aux dentellières et aux brodeuses qu'on rencontre en si grand nombre à Bruxelles. Les 3 cas de choroïdite qui sont rappelés plus bas étaient des résultats de cette ophthalmie.

» L'ophthalmie rhumatismale, que je n'ai rencontrée que 5 fois à l'état de simplicité, a été cependant bien plus fréquente ; mais alors elle s'est offerte comme complication d'autres ophthalmies et plus spécialement de la catarrhale.

» Toutes les opérations qui ont été nécessaires pour le traitement des maladies oculaires que j'ai relatées ont été pratiquées soit par M. Cunier, soit par moi, et 3 malades seulement ont été envoyés par moi à l'hôpital : une femme et un garçon pour ophthalmie catarrhale et une fille pour ophthalmie militaire. »

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE ;

par le professeur **MAX LANGENBECK**, *de Göttingue.*

1) On sait qu'une légère révulsion sur le canal intestinal, ou sur la peau, suffit pour faire disparaître les affections inflammatoires peu intenses ou partielles ~~des paupières ou de la~~ conjonctive oculaire, principalement chez les enfants, pourvu, toutefois, que la partie qui est le siége de l'inflammation ainsi que la constitution du malade n'offrent point d'altération. Les moyens locaux, tels que les applications froides, qui sont fatigantes pour le malade et sont par conséquent souvent négligées, peuvent être remplacés avec avantage par une révulsion énergique. Toutefois, la *conjonctivite* et la *blépharite* produites par des corps étrangers, un irritant chimique, les influences atmosphériques, ou qui sont dues à la réflexion légère d'autres organes de l'économie, ne peuvent être guéries en peu de temps que pour autant qu'à la révulsion intestinale ou cutanée, à laquelle on a habituellement recours, on joigne un exercice modéré en plein air (qu'on continue sans interruption pendant

plusieurs heures, et qu'on remplace en se promenant dans sa chambre, lorsque l'atmosphère est humide ou orageuse). On doit en outre soumettre l'organe de la vue à quelques soins hygiéniques; ainsi, il faut éviter l'action trop vive de la lumière ou l'exercice exagéré de l'œil malade; enfin, il est indispensable de suivre un régime antiphlogistique convenable, etc., etc.

2) *Une révulsion plus efficace*, un régime plus sévère et plus de soins dans l'hygiène de l'œil, sont nécessaires quand les inflammations des paupières ou de la conjonctive ont acquis un degré plus élevé, la constitution des malades étant d'ailleurs saine. Cette révulsion consiste alors à produire une dérivation sur le tube intestinal en agissant doublement par un purgatif donné à l'intérieur et répété plusieurs fois, et par un lavement avec un sel neutre, l'huile de ricin, l'aloës, etc.; ou bien, si c'est chez les enfants, par un suppositoire qu'on a trempé dans l'huile de ricin ou dans une solution épaisse de sulfate de soude ou de magnésie. On peut en outre avoir recours, dans ce but, à une action plus puissante sur la peau, pourvu que ce ne soit pas dans le voisinage de l'œil et moins encore, comme le conseille M. Velpeau, sur les paupières elles-mêmes, mais bien aux mollets, à la partie interne des cuisses, au sacrum, à la nuque, dans l'étendue d'une apophyse mastoïde à l'autre. Il est bon de faire remarquer encore ici que les vésicatoires et les sinapismes doivent être renouvelés et placés sur une surface assez étendue. Aux bains de pieds chauds et irritants, qui, d'après mon expérience, n'agissent pas en général assez convenablement, je préfère les frictions sur les pieds avec la teinture éthérée de sinapisme (*spiritus sinapismi aethereus*). Si l'on a soin de bien couvrir les pieds et de les entretenir chaudement, surtout en les enveloppant avec des bas de laine ou des cruchons d'eau chaude, on détermine promptement une révulsion cutanée des plus efficaces. J'ai trouvé ce mode de traitement très-rationnel dans toutes les inflammations des tissus propres des paupières ou de la muqueuse du globe (qu'on a coutume de considérer isolément, en leur donnant des noms spéciaux), soit que le tissu où elles siégent se présente à l'état normal, soit qu'il offre une des dyscrasies du sang, qui sont connues, et pour autant toutefois que l'inflammation soit encore récente, du moins qu'elle ne dure que depuis quelques jours ou quelques semaines, et qu'elle présente encore un caractère plus ou moins aigu.

Mais si l'ophthalmie, et ici nous croyons devoir conserver l'an-

cienne dénomination, car les recherches modernes n'ont point encore donné de notions satisfaisantes à cet égard, présente le caractère catarrhal ou blennorrhoïque, abdominal ou érysipélateux, scrofuleux, impétigineux ou arthritique, en un mot le caractère d'une cause quelconque, la méthode de traitement indiquée ici, mais employée avec plus de persévérance, produit encore à elle seule la guérison, ou du moins elle y contribue pour beaucoup. Quand elle ne suffit pas, on lui fait subir quelques modifications, comme je l'indiquerai plus bas.

3) *Irritation de la muqueuse nasale.* Dans toutes les formes d'inflammation palpébrale ou conjonctivale, j'emploie assez fréquemment ce genre de révulsion et de contre-irritation, quand ces affections ne sont pas enlevées en quelques jours par le traitement indiqué plus haut, ou bien si elles manifestent une tendance à passer à l'état chronique ou à récidiver, mais surtout et de prime abord lorsqu'elles offrent un caractère bien tranché d'ophthalmie catarrhale. Jamais je n'ai recours à la poudre sternutatoire de la pharmacopée, parce qu'elle est sans effet; mais je fais prendre toutes les heures ou toutes les deux heures une prise de tabac d'Espagne, ou bien renifler la vapeur d'une infusion de camomille; je place même parfois dans les narines quelques grains de poivre noir réduit en poudre. Chez les individus prédisposés aux angines, j'ai fait quelquefois disparaître en peu de temps, au moyen d'un large vésicatoire entourant le cou comme une cravate, secondé par l'aspiration continuelle, par les narines, de la vapeur de camomille, des ophthalmies violentes qui avaient résisté à d'autres moyens, même aux affusions froides employées sans interruption.

4) *Excitation spéciale de l'activité de la peau.* Supposons une ophthalmie qui s'annonce comme une *scléro-cyclite* ou une *conjonctivite diffuse profonde* (ces deux formes représentent ce qu'on appelait autrefois *sclérotite, ophthalmie rhumatismale*): les yeux du malade sont très-sensibles et douloureux, surtout lors des mouvements des muscles oculaires; il y a photophobie et larmoiement, et la moindre influence de l'atmosphère ou l'action irritante de la lumière augmente les symptômes ou amène des récidives. Alors les malades commencent à perdre patience et ne sont plus disposés à continuer l'emploi des purgatifs et des affusions froides permanentes, parce qu'ils sentent parfaitement que ce dernier moyen ne convient pas dans une affection des tissus fibreux de l'œil. Dans des cas semblables, outre le traitement local que j'indi-

querai plus loin, j'ai recours aux moyens les plus efficaces pour exciter la fonction de la peau, principalement à l'emploi d'un vomitif par le tartre stibié répété trois ou quatre fois, qu'on devra, pendant un certain temps encore, renouveler à dose fractionnée, en observant le repos le plus complet et en entretenant le malade dans un milieu d'une température aussi chaude que possible, sans considérer alors l'ophthalmie comme une contre-indication à cette médication, surtout quand il existe un dérangement des voies digestives, perte d'appétit, etc., etc.

Dans d'autres circonstances, une grande amélioration a lieu à la suite de l'administration de l'esprit de Mindererus pris dans une boisson théiforme, à la dose de ℈ ß — ℥ ß, et en entretenant une chaleur élevée du corps pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Enfin, si l'on veut mettre l'économie à l'abri de cette dangereuse atteinte, il faudra souvent avoir recours aux frictions générales du corps exposé à une haute température, répétées plusieurs fois le jour, et particulièrement frictionner la tête avec une brosse assez dure, ou bien se servir d'un fer à repasser qu'on promène chaud sur le corps du malade enveloppé d'une couverture de laine : cette dernière pratique est souvent suivie du meilleur effet.

Quant aux bains généraux chauds, dans la plupart des ophthalmies et aussi longtemps qu'elles conservent un caractère inflammatoire bien tranché, et qu'elles n'ont amené aucun phénomène annonçant la résolution, je dois faire observer qu'en général ils ne sont nullement nécessaires, et que même ils peuvent être nuisibles si l'on n'a pas soin de préserver la tête de l'action des vapeurs qui s'en dégagent. Cependant, d'après mon expérience, je crois devoir faire une exception pour les ophthalmies scrofuleuses et scrofuloso-impétigineuses, et aussi pour les ophthalmies scrofuloso-rhumatismales des enfants : dans ces cas, en les administrant pendant huit à quatorze jours, ils sont d'une grande efficacité et constituent un des meilleurs *adjuvants*. Comme il est très-facile de faire préparer pour les enfants un bain général simple, je ne néglige jamais de recommander ce moyen dans les cas dont il vient d'être question.

5) *Dérivation sur les glandes*. Je désigne par là une forte irritation locale qu'on produit sur les parties du corps où se font habituellement les engorgements glandulaires lymphatiques. Au moyen de vésicatoires répétés plusieurs fois, ou même de cautères, ces glandes sont amenées à un état d'inflammation plus ou moins prononcé,

et parfois même de suppuration. Dans la contrée que j'habite et où les ophthalmies scrofuleuses sont si fréquentes, ce moyen est capital, et, avec la révulsion sur le canal intestinal, les bains chauds et le traitement local que je vais indiquer, il produit, en peu de temps, dans les affections scrofuleuses des yeux, une grande amélioration; il suffit même souvent pour guérir les cas peu graves. Je dois faire connaître ici que j'ai trouvé inefficace, et même parfois nuisible, l'usage longtemps prolongé des purgatifs et des antiscrofuleux, car quelquefois on n'observe à la suite de l'emploi rationnel de ces moyens aucune amélioration importante, et même on voit se manifester sur la cornée une de ces formes morbides qui menaçent l'intégrité de cette membrane.

Le choix de l'endroit qui convient à cette dérivation n'est pas difficile à indiquer. Ou bien, et c'est là le cas le plus ordinaire, c'est dans la région sous-maxillaire, qui s'étend du menton jusqu'à l'oreille et au cou, ou, ce qui est plus rare, c'est dans la fosse axillaire, ou enfin à la région inguinale; cette dernière toutefois très-rarement et seulement chez les adultes. On place un vésicatoire étroit sous le maxillaire inférieur d'une oreille à l'autre, ou seulement jusqu'au menton, quelquefois aussi seulement de l'oreille jusqu'au cou, ou dans d'autres points où existent des glandes indurées et fortement développées. Si on veut produire une forte révulsion, il faut renouveler ce vésicatoire deux ou trois fois en peu de jours, en le plaçant toujours au même endroit.

6) *La dérivation au moyen de cautères* constitue, avec le chlorure de sodium et le borax, le moyen que j'estime le plus contre les affections inflammatoires du système dioptrique qui, comme on sait, s'annoncent dès le principe par l'opacité du corps vitré. Quoique dans le commencement je ne les aie employés que contre les exsudations récentes des chambres de l'œil, puisque la présence des sels dissous dans l'humeur aqueuse paraît être la cause principale du ramollissement et de l'absorption de toutes les substances étrangères qui s'y trouvent, j'ai été porté, à cause des résultats favorables de ce mode de traitement, à l'employer aussi dans les cas aigus et chroniques d'*hyaloïdite*, de *kératite*, d'*iritis*, d'*uvéite* et de *périphakite*. Bien que je partage l'opinion que la capsule du cristallin, qui n'est pourvue ni de vaisseaux ni de nerfs, ne peut pas en elle-même et par elle-même s'enflammer, cependant aucun praticien ne saurait nier qu'elle devienne le siége d'opacités. Celles-ci sont produites par les exsudations du corps ciliaire, d'où peuvent

dériver des vaisseaux, *vasa noviter orta*, qui alors se développent sur la capsule antérieure.

L'affection nommée *uvéite* présente tout à fait la même chose; aussi devrait-on plutôt l'appeler inflammation des parois de la chambre postérieure, car la surface postérieure de l'iris est alors dans le principe moins affectée que le corps ciliaire et les vaisseaux qui se rendent de la choroïde à l'iris et forment latéralement les limites des *chambres moyennes*.

Dans les cas de cette espèce, et comme un adjuvant puissant des antiphlogistiques, on placera avec avantage plusieurs fois par jour, dans un fonticule situé devant l'oreille ou à la tempe, une prise d'une poudre très-fine composée de parties égales de sel de cuisine et de borax.

Celui qui connaît toute la ténacité et la malignité de ces inflammations, qui d'ordinaire ne se révèlent au malade que lorsque déjà la perte de la vue s'est opérée ou est imminente, ne négligera pas un moyen qui, d'après mon expérience, est doué d'une très-grande efficacité. Il ne paraît pas agir seulement comme un moyen de révulsion directe, mais aussi en augmentant la quantité des sels des humeurs de l'œil, ce qui le rend antiphlogistique et résorbant.

7) *La révulsion sur les articulations* est un adjuvant d'une grande valeur pour augmenter l'action de la médication antiphlogistique ophthalmique, à laquelle on doit avoir recours chez certains individus. Toutes les fois que chez certains malades qui ont déjà été atteints de goutte ou de rhumatisme articulaire, ou même chez les personnes d'un âge avancé et qui par leur constitution sont prédisposées à ces maladies, des tissus importants de l'œil, tels que l'iris, la choroïde, la rétine, l'hyaloïde et même la cornée, sont menacés d'une inflammation violente, j'ordonne de bonne heure les excitants cutanés puissants, plusieurs fois répétés et appliqués aux pieds, aux genoux, aux poignets, aux coudes. Je fais alors mettre, aux endroits dont il vient d'être question, de larges vésicatoires, qu'on renouvelle plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et en cas de nécessité, je fais laver les parties dénudées avec du vinaigre ou de la teinture de moutarde. La révulsion produite par cette inflammation locale a une influence avantageuse sur l'œil, comme je l'ai constaté maintes fois. On n'ignore pas que ces ophthalmies sont non-seulement d'une longueur désespérante pour les patients, mais qu'elles peuvent aussi bien souvent amener la perte de l'œil, si l'on n'emploie pas une

médication énergique. C'est dans le traitement de ces ophthalmies, surtout à cause de l'influence morale fâcheuse qu'elles exercent sur les malades quand elles durent longtemps, qu'il m'a toujours paru que l'on devait donner la préférence aux moyens qui agissent *cito*, quand c'est possible, sur ceux qui agissent *jucunde*.

Comme traitement préparatoire aux opérations qui doivent se faire sur l'œil, telles que la pupille artificielle, la cataracte, j'ai souvent recours à cette méthode de révulsion dans le but d'éviter les affections chroniques de l'iris, de l'hyaloïde, etc., qui parfois viennent d'une manière tardive et inattendue faire avorter ou diminuer le succès de l'opération.

8) *Les émissions sanguines* locales ou générales sont ordinairement inutiles dans les inflammations superficielles des paupières, du globe, dans la conjonctivite, la kératite et ce qu'on appelle sclérotite. Cependant, quand ces inflammations ont un degré d'intensité plus élevé, lorsqu'on a lieu de craindre pour les tissus profonds de l'œil, ou bien si ceux-ci sont déjà atteints, alors les émissions sanguines sont d'une si grande valeur, qu'on aurait des reproches à se faire, selon moi, dans les cas où on les négligerait lorsqu'il s'agit d'une ophthalmie interne qui se terminerait d'une manière fâcheuse, sans qu'on ait employé les antiphlogistiques selon la constitution et l'âge des malades. Ceci, toutefois, sans distinction du caractère de la cause de l'inflammation. Si quelque circonstance s'oppose à l'application des sangsues, dont le nombre chez l'adulte peut être porté jusqu'à vingt, on fait alors une saignée du bras qui doit donner de trois à huit onces de sang. *Même chez les enfants jusqu'à l'âge de cinq ans*, plus rarement, à la vérité, dans les ophthalmies que dans les autres inflammations, une émission par la veine, de une à trois onces, constitue un moyen des plus héroïques, auquel toutefois on a rarement recours à cause d'une certaine crainte peu fondée.

Si les sangsues sont indiquées, je recommande encore ici de nouveau, bien que d'autres l'aient déjà fait avant moi, mais parce que la pratique contraire est encore çà et là répandue, de faire cette application dans un endroit éloigné de l'œil malade. En appliquant les sangsues aux tempes et à la joue, on fait empirer l'inflammation, et même dans les cas d'ophthalmie interne très-aiguë, il ne faut pas les placer derrière les oreilles ou aux apophyses mastoïdes. Cette émission sanguine sera plus convenable, si on la fait sur le trajet des carotides.

9) *Du froid appliqué localement.* — Ainsi que je l'ai dit, le caractère physiologique d'une véritable inflammation légitime suffisamment, dans presque toutes les ophthalmies, un mode de traitement qui consiste à mettre en contact immédiat, pendant un certain temps, avec les vaisseaux du tissu enflammé, un corps dont la température est la plus basse possible. Je vais d'abord m'occuper de la question de savoir si, dans ce but, on doit employer exclusivement l'eau froide, puisque, ordinairement alors, il est question de mettre à profit l'action que produit une basse température, et non celle de l'humidité. Partout on ordonne les affusions froides, quand on n'a que l'intention d'employer le froid. Il y a des ophthalmies qui résistent pendant assez longtemps aux affusions froides, parce que l'humidité qu'elles entretiennent sur l'œil annihile les bons effets que produit le froid. Ceci se rencontre aussi dans d'autres phlogoses que celles des yeux. C'est pourquoi j'établis une distinction, pour le froid appliqué localement, entre le froid *humide* et le froid *sec*. Le premier s'emploie, d'ailleurs, très-bien au moyen de compresses mouillées dans l'eau froide.

Mais comme on ne peut pas compter sur l'exactitude de tous les malades pour renouveler convenablement et à temps ces affusions, et comme, d'ailleurs, celles-ci deviennent plutôt nuisibles qu'utiles, si on laisse les linges s'échauffer, j'ai recours à d'autres moyens pour utiliser convenablement le froid dans les ophthalmies. Si, par exemple, le froid doit être entretenu appliqué sur l'œil pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures et même plus longtemps (froid permanent), je me sers dans ce but d'un anneau de corne, ou d'une toute autre matière, comme le représente la figure 1; dans cet anneau on place un morceau de glace enveloppé dans une petite compresse, de sorte que le malade n'est plus obligé d'ôter ou de renouveler continuellement la compresse mouillée; seulement, on doit, toutes les trois ou quatre heures, remplacer le morceau de glace qui s'est fondu par un autre morceau d'un volume moyen. La figure 2 représente l'anneau en place sur les yeux

Fig. 1.

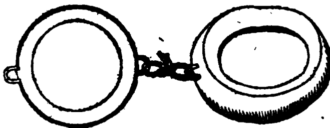
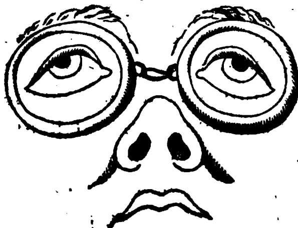


Fig. 2.

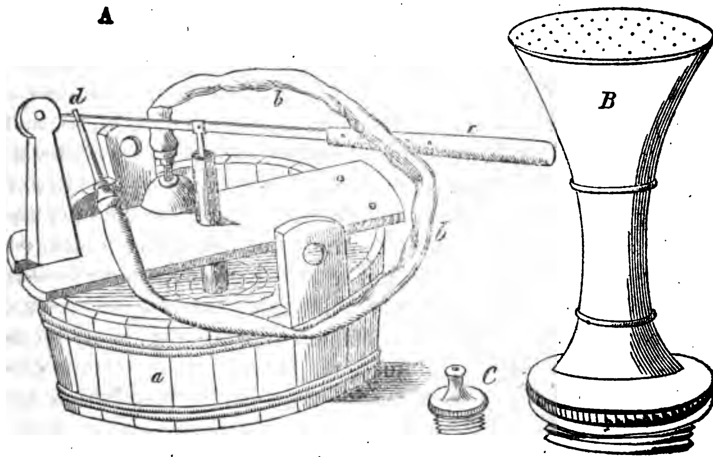


du malade qui est couché sur le dos. Son bord circulaire repose sur le rebord orbitaire et ne détermine ainsi aucune compression. Un linge ou une éponge placé sur la joue reçoit l'eau qui provient du morceau de glace fondu. Si on veut apprécier l'effet le plus intense qu'on puisse obtenir du froid humide, il faut le rechercher de la manière que je viens d'indiquer. Une seconde modification, à laquelle je donne même la préférence parce qu'elle agit avec plus d'efficacité, et que, d'ailleurs, on n'est pas obligé de se procurer de la glace, ce qui est parfois difficile, consiste à placer dans la commissure interne des paupières une poudre composée de parties égales de nitre et de sel ammoniac (le malade est couché sur le dos et a les yeux fermés); on ajoute peu à peu quelques gouttes d'eau pure, et de préférence d'eau distillée, pour faire fondre cette poudre saline. Cette fomentation est analogue à celle de Schmücker, et constitue, en quelque sorte, un bain réel qu'on peut prolonger aussi longtemps qu'on veut et sans que l'eau s'écoule, en faisant pencher un peu la tête du malade en arrière et du côté opposé, tout en formant quelques plis avec la peau des joues et du front. Après quatre ou cinq minutes, la chaleur de l'œil enflammé s'est communiquée à l'eau de la lotion; on fait alors écouler cette eau. Ce n'est pas seulement au froid extraordinaire que produit ce mélange, par sa dissolution dans l'eau, que j'attribue l'effet surprenant que j'ai parfois observé après avoir employé ce moyen, mais aussi à la propriété antiphlogistique que possèdent également les sels qui entrent dans sa composition, et qui, à peine dissous dans l'eau, et quand les paupières de l'œil malade s'entr'ouvrent, viennent immédiatement agir sur toute la surface enflammée du globe oculaire. Pendant l'introduction de cette dissolution dans l'intérieur des paupières, il se développe chez certains malades un peu de sensibilité; mais l'amélioration qui a suivi la première application les décide néanmoins facilement à en faire une nouvelle. Quand on l'a répétée de quatre à huit fois, dans les cas d'inflammation très-aiguë et en ne mettant que de faibles intervalles entre chacune (toutes les dix ou vingt minutes environ), on obtient, d'après l'évaluation que j'ai pu en faire, une action équivalente à celle que produiraient les fomentations glacées continuées pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, si toutefois elles ont été entretenues avec le plus grand soin : c'est pourquoi on a ainsi le double avantage d'agir plus efficacement et plus promptement. Si à ce moyen on veut joindre l'application sur

l'œil de compresses froides, on en obtient des résultats d'autant plus avantageux.

Chez les individus qui n'ont personne pour les soigner, il est un autre mode d'administrer ce moyen, que nous croyons devoir recommander : il consiste à mettre une certaine quantité de la poudre dans une petite compresse que l'on mouille et que l'on fixe devant l'œil. Cependant il est infiniment préférable de faire pénétrer le liquide salin par l'ouverture palpébrale.

Enfin, il me reste encore à faire ici mention d'une manière d'appliquer les fomentations froides, qui peut être très-utile dans un hôpital où il y a quelquefois plusieurs malades qui exigent l'emploi du même moyen. On pourra épargner ainsi aux infirmiers beaucoup d'embarras et éviter les suites fâcheuses que peut amener la négligence avec laquelle on y a parfois recours. Cette méthode consiste dans l'usage d'un petit appareil pour donner des douches et qui est représenté dans les figures suivantes (1) :



De l'eau glacée peut être lancée constamment sur l'œil au moyen d'un tuyau dont l'extrémité peut fournir un jet plus ou

(1) Voici l'explication de ces figures :
A. *Douche oculaire.*—*a.* Cuvette de 1 1/2 pied de diamètre sur 1 pied de hauteur. — *b. b'.* Tuyau en cuir, long de 6 pieds. — *c.* Jeu de pompe. — *d.* Tuyau-canule en métal, se vissant sur le tuyau en cuir, et ne fournissant qu'un très-petit jet.
B. Tête d'arrosoir, de grandeur naturelle, se vissant au lieu du tuyau de métal.
C. Pareille tête plus petite, fournissant un jet d'eau assez considérable.

moins considérable, selon qu'on le juge nécessaire. Dans les cas d'ophtalmie aiguë, je le fais agir sans interruption pendant cinq ou six heures (froid permanent), d'après le nombre des malades, qui sont placés les uns près des autres en cercle, et qui peut être de six à huit, qu'un seul infirmier est à même de soigner à la fois. On voit combien cet appareil est quelquefois utile.

Le froid humide ne doit agir que momentanément, et il faut alors obtenir en même temps une action assez intense ; c'est pourquoi, si on n'a pas de glace, la solution de nitre et de sel ammoniac, appliquée localement et aussi concentrée que possible, convient tout spécialement.

L'emploi du *froid sec,* au contraire, exige de petits globes en verre creux, pourvus d'une tabulure et remplis de glace, d'eau froide ou du mélange salin dont je viens de parler ; l'anneau dont j'ai donné la description plus haut convient beaucoup dans ce but. Alors le froid des parois du petit vase qui contient le liquide réfrigérant se communique à l'œil sans y entretenir d'humidité.

Indiquons maintenant en peu de mots, et d'après la différence des ophthalmies, les modifications qu'il faut apporter à l'application locale du froid :

A.) *Les inflammations* qui ne dépendent pas d'une cause constitutionnelle évidente, ni d'une dyscrasie de sang, qu'elles aient leur siége dans les organes lacrymaux, les paupières, la muqueuse ou le globe oculaire, peuvent être traitées par le froid appliqué localement et d'une manière continue ; et comme celles qui sont intenses, ou bien celles qui sont le plus à craindre pour la lésion du système dioptrique ou de la rétine, doivent être traitées avec beaucoup plus d'énergie, on emploiera le froid d'après les différents modes indiqués, plutôt que sous forme de fomentations froides. Toutefois, il faut considérer comme exceptions à cette règle :

1° *Quand l'affection inflammatoire a attaqué les tissus fibreux de l'œil et s'est propagée aux expansions de l'appareil moteur du globe ;*

2° *Lorsque l'inflammation est de nature érysipélateuse.*

Dans ces deux cas, le froid appliqué localement ne convient pas; cependant, les ophthalmies qu'on appelle rhumatismales demandent, pour être combattues avec promptitude, qu'on emploie sur l'œil une affusion froide pendant trois à dix minutes au plus (on aura recours au froid sec dans les ophthalmies déjà invétérées), et qu'on remplacera ensuite par un linge épais destiné à couvrir l'œil.

Dans l'ophthalmie à caractère érysipélateux, au contraire, il faut éviter l'application, même momentanée, d'une affusion froide; on pourra seulement avoir recours au froid sec, et on couvrira ensuite l'œil.

Il n'est point indifférent d'employer un tissu quelconque pour couvrir l'œil; ce qui convient le mieux est un morceau de taffetas qui recouvre en même temps le front, la joue et la tempe, et reste en place pendant quatre à huit heures, ou même jusqu'à une nouvelle application momentanée du froid. Il ne tarde pas à se manifester ainsi une transpiration cutanée extrêmement salutaire, qui peut amener la résolution d'une hypérémie active, ou même d'une inflammation réelle près de donner lieu à une exsudation.

3° J'ai déjà dit plus haut que dans les ophthalmies légères et dans celles où il n'existe aucun danger pour la perte de la vue, le traitement peut se borner à une révulsion intestinale énergique, que doivent seconder un régime convenable et les soins hygiéniques que réclame l'état de l'œil. Dans les cas de cette nature, on pourrait regarder les affusions froides comme inutiles, et donner la préférence soit au froid sec appliqué localement, soit aux fomentations de nitre et de sel ammoniac, voire même aux douches oculaires, parce que les affusions froides sont alors plutôt nuisibles qu'utiles, si le malade apporte la moindre négligence dans l'emploi de ce moyen. Une compresse mouillée appliquée sur l'œil vient-elle à s'échauffer, il eût été préférable de ne pas l'employer du tout.

4° Toutes les blennorrhées oculaires, quelle que soit leur cause, sont peu dangereuses pour les parties plus importantes de l'organe de la vue, qui se trouvent placées sous la sclérotique. La cornée seule est toujours plus ou moins menacée par l'action corrodante du liquide sécrété, avec quelque soin que soient pratiquées les affusions locales froides, quelle que soit leur durée et malgré tout autre traitement indiqué par la nature de l'affection. Les affusions froides, quoique du reste leur action salutaire ne soit pas contestable, n'en favorisent pas moins, par l'occlusion des paupières, la collection du liquide sécrété et par conséquent l'érosion de la cornée. C'est pourquoi, chez les adultes, outre les affusions froides, j'emploie à plusieurs reprises les lotions avec la solution saline, et quand cela ne suffit pas pour enlever tout le mucus sécrété et que la blennorrhée est très-intense, comme il arrive dans l'ophthalmie des nouveau-nés, je fais ouvrir l'œil toutes les dix minutes pour introduire un morceau de glace ou instiller quelques gouttes d'une

solution concentrée d'alun et de tannin. Depuis longtemps déjà, le succès a complétement justifié ma manière de faire dans ces cas. Il ne se forme pas de taches et il ne survient pas de lésions profondes de la cornée. Je pourrais aussi affirmer que la blennorrhée peut durer six à dix semaines sans danger pour l'œil, si l'on a soin de mettre constamment la cornée à l'abri de la sécrétion, en enlevant celle-ci par l'eau froide, au fur et à mesure qu'elle est formée.

5° Toutes les ophthalmies passées à l'état chronique, et notamment chez les personnes âgées, sont traitées avec plus d'avantage et plus promptement guéries par l'action renouvelée de temps en temps du froid sec ou humide, que par l'application permanente de cet agent, parce que les vaisseaux formés nouvellement ou ceux qui sont fortement dilatés et qui se rencontrent ordinairement dans ces cas, sont modifiés d'une manière plus puissante par le froid appliqué temporairement; il en est de même pour les exsudations qui existent déjà. A ce sujet je dois ici, en peu de mots, faire une mention spéciale de la douche momentanée, plus ou moins souvent renouvelée, mais agissant toujours sur l'œil avec la plus grande force qu'il est possible d'imprimer au jet auquel elle donne lieu : c'est là un des moyens les plus efficaces pour favoriser la résorption des exsudats anciens, dans lesquels, parfois, j'ai fait usage d'eau assez chaude.

C'est là aussi un des meilleurs excitants du système nerveux oculaire, de même qu'une douche froide continuée pendant un certain temps, et même chaude dans quelques circonstances, est beaucoup plus utile ordinairement pour combattre l'hypéresthésie de la rétine et des autres nerfs de l'œil que tous les anodins que fournissent les pharmacopées.

B.) Le traitement de toutes les ophthalmies qui dépendent d'une cause constitutionnelle, mais qui ne sont pas dues à une dyscrasie, à une cacochymie, etc., et parmi lesquelles on compte surtout l'ophthalmie hémorrhoïdale, la menstruelle, l'abdominale, doit reposer en grande partie sur l'application locale du froid, rendue aussi énergique que possible.

C'est pourquoi, lorsque la maladie annonce qu'elle va prendre un certain degré de développement, je laisse agir la douche froide pendant six à dix heures sans interruption; et si l'on est obligé de l'interrompre pendant quelque temps, il faut y suppléer par les affusions froides et les lotions avec le nitre et le sel ammoniac.

C'est surtout dans les cas où l'activité inflammatoire du système vasculaire de l'œil est la cause de la persistance des vaisseaux variqueux (*vaisseaux abdominaux*) après la disparition de l'inflammation, et que l'engorgement de la choroïde accompagne une conjonctivite simple, que la douche froide permanente produit les résultats les plus avantageux. L'efficacité de son action, qui s'étend jusqu'aux parties profondes, est au plus haut point propre à empêcher la dilatation consécutive des vaisseaux de la muqueuse, tout en faisant disparaître l'inflammation elle-même avec plus de rapidité que ne peuvent le faire les fomentations froides. Déjà, après quelques heures, le malade en éprouve un effet salutaire. Dans l'injection atonique de la muqueuse, surtout des paupières, la douche renouvelée plusieurs fois journellement l'emporte de beaucoup sur l'usage des sels de cuivre, de plomb, de zinc et d'argent, de l'alun et des astringents végétaux, tels que l'opium, le tannin, etc., etc.

C.) Il nous reste encore à apprécier la manière d'agir du froid appliqué localement dans ces sortes d'ophthalmies qui ont leur siége dans un tissu qui offre un état dyscrasique, lors d'une altération évidente du sang, que l'ophthalmie soit l'expression symptomatique ou locale de la maladie, ou qu'une cause extérieure quelconque ait favorisé son développement. Dans les deux cas, la maladie du sang donne à l'ophthalmie un caractère déterminé, qui, bien qu'il ne se montre pas toujours apparent à l'extérieur, se fait pourtant reconnaître à cause de sa marche, de sa durée, etc., etc. J'ai déjà indiqué plus haut le traitement spécial qui me paraît convenir aux ophthalmies scrofuleuses, goutteuses et autres qui dépendent d'une dyscrasie du sang. Ces ophthalmies pouvant amener d'une manière toute spéciale le ramollissement de la cornée, il faut surtout bien rechercher quel est le degré de froid qu'on doit employer et quelle est la meilleure manière de l'appliquer localement. Je crois pouvoir, en me fondant sur ma longue expérience à ce sujet, considérer ce qui suit comme ce qu'il y a de plus rationnel à cet égard. Dans toutes les ophthalmies qui se déclarent dans un tissu atteint de dyscrasie, un degré prononcé de froid appliqué d'une manière permanente est nécessaire pour obtenir la guérison le plus promptement possible, quelle que soit d'ailleurs la membrane de l'œil où siége le mal. Ce n'est pas par conséquent le *froid humide* appliqué localement qui convient dans les cas de cette espèce, parce que l'humidité perma-

nente qu'on entretient ainsi sur l'œil favorise trop le ramollissement de la cornée; c'est au froid sec qu'on doit avoir recours, d'après le mode d'application indiqué plus haut. Ici en effet, comme dans la blennorrhée, on doit surtout avoir en vue de conserver complétement la transparence de la cornée (1).

DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB NEUTRE DANS LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE MILITAIRE;

par le docteur BUYS,

médecin de garnison à Bruges.

Divers reproches ont été adressés dans ces derniers temps à la méthode de M. Buys. Nous n'avons rien négligé pour rechercher s'ils étaient fondés; nous sommes arrivé à cette conséquence, que la presque totalité des praticiens, militaires ou autres, qui les ont articulés, ne suivaient pas les préceptes de M. Buys et que les résultats douteux ou les insuccès qu'ils accusaient ne devaient pas être attribués à la méthode elle-même, mais à l'application fautive qui en était faite.

Dans la conférence scientifique du 26 mars dernier, à l'hôpital militaire de Bruges, M. Buys est entré à ce sujet dans quelques considérations importantes à connaître.

« L'expérimentation et l'observation exacte, a-t-il dit, constituent les fondements sur lesquels j'ai établi ma méthode. Les résultats heureux que j'ai réalisés pendant plus de quinze ans me font une loi de persévérer dans la voie que je suis. Je forme les vœux les plus ardents pour que mes confrères fassent connaître le résultat de leur expérience; la vérité ne peut que gagner à la discussion. C'est assez dire que je suis particulièrement heureux de la controverse qui vient d'être essayée, et qui me permet de rencontrer les objections produites.

» Il en est qui ont accepté la méthode comme toujours et partout infaillible, et qui se sont trouvés déçus dans leurs espérances. Cela n'a rien qui doive étonner. En effet, ce mode de traitement ne peut pas être employé

(1) L'article qu'on vient de lire a été traduit de l'allemand par M. le docteur BINARD. Il est emprunté à l'ouvrage de M. MAX LANGENBECK : *Klinische Beiträge aus dem Gebiete der Chirurgie und Ophthalmologie*. Les discussions qui ont eu lieu récemment en France relativement à la priorité de l'emploi du froid dans le traitement des ophthalmies, nous mettent dans l'obligation de dire quel'ouvrage de M. LANGENBECK, bien qu'imprimé en 1849, a été écrit en 1847.

NOTE DE LA RÉDACTION.

sans distinction ; il ne faut pas mettre sur le compte de la médication ce qui est tout simplement le résultat de son application intempestive ou mal conçue. L'acétate neutre de plomb peut-il être appliqué indistinctement dans les diverses affections de la conjonctive, sans tenir compte ni des symptômes objectifs et subjectifs, ni de l'irritabilité du malade, ni des complications ou des combinaisons, ni de l'intervalle et du nombre des applications? Ne vaudrait-il pas autant se demander si les émissions sanguines et le tartre stibié, dont la plupart des praticiens préconisent la valeur dans la pneumonie, sont utiles dans tous les cas de cette maladie indistinctement; si l'un et l'autre moyen peuvent être employés sans tenir compte de l'état général du malade, du degré de l'affection, du traitement déjà mis en usage, etc. Le sulfate de quinine, ce spécifique par excellence, n'a-t-il pas ses indications? N'est-on pas fréquemment obligé d'en faire précéder l'administration par l'emploi d'autres moyens? Ne doit-on pas, suivant les cas, en augmenter ou en diminuer les doses, éloigner ou rapprocher les moments où on le fait prendre? Et à quel titre voudrait-on exiger d'un médicament en particulier une infaillibilité que l'on n'accorde à aucun autre en général? Si l'on a des insuccès à déplorer par l'emploi de l'acétate neutre de plomb, ne doit-on pas les attribuer plutôt à la manière de faire du chirurgien, qu'à l'impuissance du médicament? Ne faut-il pas aussi en rechercher la cause dans cette erreur de quelques-uns, que l'application du plomb doit dans tous les cas faire à elle seule les frais de la cure? C'est s'abuser étrangement que de considérer ma méthode comme se réduisant à l'application sur la conjonctive d'une couche d'acétate neutre de plomb, sans qu'il soit le moins du monde tenu compte ni des complications et combinaisons de l'ophthalmie, ni de sa durée, ni des idiosyncrasies des individus malades, etc. Comment a-t-il pu se rencontrer des confrères qui aient crédulement accepté que je préconisais l'acétate de plomb comme une panacée avec laquelle il serait désormais permis de faire justice des complications scrofuleuses, syphilitiques, rhumatismales, arthritiques, etc.?... »

Il est donc désormais bien établi, ce qui du reste n'a jamais pu faire doute, que M. Buys fait marcher de pair avec les applications plombiques, les divers autres moyens généraux et locaux qui doivent être employés, selon les cas, dans cette méthode comme dans les autres.

Lorsque l'affection granuleuse se présente à l'état de simplicité, M. Buys l'attaque immédiatement avec énergie, sans tâtonnements, par l'acétate plombique neutre.

Dans certains cas chroniques, surtout dans ceux accompagnés de congestion chronique des membranes oculaires internes,

l'irritabilité excessive rend la tolérance difficile ; il faut alors procéder avec précaution. Il en est de même chez quelques rares sujets à idiosyncrasie particulière. Les premières applications doivent être légères, parfois assez éloignées, jusqu'à ce que la tolérance soit établie ; celle-ci une fois obtenue, l'activité que l'on peut imprimer à la cure fait que l'on triomphe avec promptitude de lésions souvent rebelles aux autres moyens.

Une recommandation sur laquelle il n'a pas été assez insisté, et dont la négligence constitue bien souvent une cause d'insuccès, c'est qu'il faut étancher avec soin l'humidité (larmes, muco-pus) qui baigne la conjonctive, avant d'étendre sur cette membrane l'acétate de plomb neutre. Nous ne devons également pas omettre de signaler la faute que commettent beaucoup de praticiens en ne maintenant pas la conjonctive assez longtemps renversée après l'opération.

M. Van Lil a dit qu'il résulte des expériences auxquelles il s'est livré, que la méthode de M. Buys est efficace dans les granulations *molles* et *vésiculeuses*, et impuissante lorsque les granulations sont *dures;* que dans l'ophthalmie sub-aiguë, elle produit une réaction inflammatoire intense, avec boursouflement œdémateux des parties molles avoisinant les paupières.

M. Buys reconnaît que dans les granulations dures la cure est plus lentement obtenue, et nécessite un plus grand nombre d'applications plombiques ; mais il fait remarquer que les autres moyens, et en particulier la cautérisation avec le sel lunaire ou avec la solution concentrée de nitrate d'argent cristallisée, agissent d'une manière incontestablement moins prompte et n'offrent pas les avantages du sel de plomb, qui égalise les saillies conjonctivales, tarit la sécrétion, guérit ou prévient les lésions de la cornée, toujours si compromise dans cette forme de granulations, qui, enfin, ramène les conjonctives à leur état normal, en un mot, les guérit sans détruire leur tissu en totalité ou en partie.

Quant à la réaction intense dont parle M. Van Lil, M. Buys affirme ne l'avoir jamais observée, et à ce sujet, il fait appel à tous les médecins qui ont suivi l'application qu'il a faite de sa méthode, tant sur des ophthalmiques en traitement dans son hôpital, que sur des granulés soignés à la caserne. Quelques secondes après l'opération, les malades tiennent les yeux ouverts et la rougeur peu intense qui est déterminée se dissipe au bout de quelques heures ; c'est à ce point que les granulés traités à la caserne ne doivent

pas même être exemptés de service, Il y a loin de là à ce qu'a noté M. Van Lil.

M. Buys a recours aux applications plombiques, non-seulement dans l'ophthalmie sub-aiguë, mais aussi dans les cas les plus aigus; et loin d'augmenter l'inflammation, ce moyen exerce un effet hyposthénisant et résolutif des plus marqués. M. Buys a montré à ses collègues, dans la conférence du 26 mars, un soldat entré deux jours auparavant avec une ophthalmie gonorrhoïque de l'œil droit ; il y avait tuméfaction considérable des paupières, qui étaient difficilement écartées; il existait une sécrétion abondante de muco-pus assez épais ; la conjonctive palpébrale était le siége d'un boursouflement granuleux très-prononcé, celle du globe était rouge et chémosiée; un léger épanchement, peu étendu, se remarquait dans la cornée; la photophobie était excessive; l'œil était le siége d'une douleur pongitive s'étendant à la moitié de la tête; les symptômes de réaction générale étaient prononcés. — L'œil gauche était légèrement injecté. — Saignée de dix-huit onces; eau laxative; diète absolue. La conjonctive palpébrale, ayant été renversée et soigneusement débarrassée de la sécrétion qui la baignait, fut recouverte d'une légère couche d'acétate neutre de plomb qui fut supportée sans douleur. Collyre au sous-acétate de plomb. — Le lendemain, à la visite, la douleur qui a été signalée plus haut avait pour ainsi dire disparu ; la sécrétion muco-purulente avait diminué de plus des trois quarts; le chémosis était réduit de plus de moitié; les symptômes de réaction générale avaient diminué dans la même proportion. — Nouvelle application plombique. — L'injection de l'œil gauche ayant augmenté, pareille opération eut lieu sur la conjonctive palpébrale, en bas et en haut de ce côté. — Au moment de la présentation, c'est-à-dire le troisième jour du traitement, les paupières n'étaient plus que légèrement œdémateuses, le chémosis avait encore diminué depuis la veille, la sécrétion du muco-pus était devenue presque nulle. — Des faits de cette nature se sont produits à plusieurs reprises dans les salles de M. Buys ; ils sont tout à la fois de nature à rassurer les timides, et dignes de fixer sérieusement l'attention. *C — m — é.*

DE L'EMPLOI DU TANNIN EN COLLYRE;

par le docteur J. CAMBRELIN, fils, de Namur.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Dans le dernier n° des *Annales d'Oculistique* (vol. XXXIII, p. 248), vous conseillez l'emploi du tannin en collyre dans certaines ophthalmies. Je crois devoir vous informer que quelques essais que j'ai faits avec cette substance viennent tout à fait à l'appui de l'opinion que vous vous êtes formée sur les collyres tanniques.

Il y a quelques mois, une conjonctivite chronique, remarquable par le développement considérable du système capillaire de la muqueuse oculaire et par la résistance qu'elle avait opposée à tous les moyens employés, céda à l'application d'un collyre composé de dix grains de tannin sur une once d'eau distillée. Ce qui me fit recourir au tannin, fut la qualité *purement astringente* et *nullement irritante* de cette substance, les astringents salins devenant irritants à une certaine dose.

Le bon résultat que j'obtins m'engagea à recourir plusieurs fois à l'application de ce collyre, et depuis lors je l'ai toujours fait avec succès.

Il existe encore en ce moment au Pénitencier des femmes, à Namur, une recluse atteinte d'un chémosis dont le développement considérable avait entraîné un commencement d'altération de la cornée transparente. Aucun des collyres employés n'avait modifié la maladie; la cautérisation et les excisions n'avaient pu en triompher. Le collyre tannique, employé par mon père, témoin des succès que j'avais déjà obtenus dans le même établissement, réduisit en peu de temps la muqueuse oculaire à un état voisin de la guérison.

J'ai aussi employé le tannin dans l'ophthalmie des nouveau-nés: une fois dans un cas léger, qui céda facilement; une seconde fois dans un cas grave, dont la guérison fut aussi obtenue. Six grains de tannin par once d'eau suffirent pour arrêter chez cet enfant le flot de pus qui s'écoulait des yeux et pour faire disparaître entièrement le gonflement œdémateux des paupières, si considérable dans cette affection.

Lorsqu'un cas d'ophthalmie chez un nouveau-né se présentera encore à moi, je n'hésiterai pas à appliquer dès le début sur la muqueuse palpébrale une solution concentrée de tannin, et j'ai l'es-

poir de pouvoir prévenir par ce moyen le développement d'une affection aussi grave.

Le tannin en collyre à hautes doses ne serait-il pas aussi suivi de bons résultats dans l'ophthalmie blennorrhagique, cause, encore aujourd'hui, de la perte de tant d'yeux? Ce qui me le fait penser, c'est d'abord la guérison que j'ai obtenue d'un cas d'ophthalmie des nouveau-nés poussée jusqu'à la purulence, ensuite la guérison rapide des écoulements blennorrhagiques au moyen de cette substance. Les injections de tannin *coupent* les écoulements blennorrhagiques beaucoup plus vite que toutes les autres injections et n'occasionnent aucune douleur, le tannin ne possédant aucune qualité irritante. Un écoulement blennorrhagique diminue dès la seconde ou la troisième injection faite avec une solution d'un scrupule à un gros de tannin par once d'eau.

Si de nouveaux succès venaient encore confirmer les essais que je continuerai de faire avec cette substance, je m'empresserai de vous les faire connaître.

Agréez, etc.

Namur, 6 août 1850.

DE L'EMPLOI DU TANNIN DANS LES AFFECTIONS OCULAIRES,

par le docteur F. HAIRION.

(Lettre adressée à M. l'Inspecteur général du service de santé de l'armée belge.)

Louvain, 28 août 1850.

J'ai l'honneur de vous communiquer le résultat des expériences que j'ai entreprises sur l'emploi du tannin dans les affections oculaires.

Cette substance, à peine connue en ophthalmologie, n'a été conseillée, à ma connaissance, que dans l'ophthalmie catarrhale, en solution très-étendue (*tannin* 1 p., *eau distillée* 120 p.); mais le peu d'efficacité dont elle jouit sous cette forme, l'a fait bientôt tomber dans un oubli presque complet.

Mes premiers essais sur l'action du tannin dans les maladies des yeux remontent à plus de cinq mois; cependant, des expériences suivies n'ont été commencées à l'institut ophthalmique que le 25 juin dernier. Elles ont été faites en présence de messieurs les étudiants en médecine de l'université de cette ville et de plusieurs médecins militaires de la garnison; déjà, elles ont fait de ma part le sujet de communications verbales dans nos conférences scientifiques des mois de juillet et d'août.

J'ai employé le tannin en pommade, dans un mucilage épais, en poudre fine, et surtout en solution concentrée (tannin 1 p., eau distillée 3 p.). Les affections dans lesquelles j'en ai eu le plus de succès, sont les blennorhées aiguës et chroniques, le boursouflement des conjonctives, les granulations végétantes, les kératites vasculaires et ulcéreuses, surtout le pannus, dont la guérison a été obtenue, dans quelques cas, avec une rapidité étonnante. J'ai eu moins à me louer de son emploi dans les granulations vésiculeuses à leur période d'état.

Le tannin constitue, on l'a dit avec raison, le styptique par excellence; son action mécanico-chimique locale le rend d'une grande utilité en ophthalmologie, soit pour tarir les écoulements mucoso-purulents de la conjonctive, combattre le relâchement de cette membrane, obtenir l'affaissement des productions cellulo-vasculaires, le retrait des vaisseaux dilatés ou de nouvelle formation, soit encore, en produisant la coagulation des liquides plastiques, pour accélérer la cicatrisation des ulcères de la cornée, raffermir son tissu ramolli et prévenir sa propulsion ou sa déchirure.

Je n'ai reconnu jusqu'aujourd'hui à ce topique aucun des inconvénients que présentent, à des degrés différents, les autres astringents dont on fait usage en ophthalmologie. Son application n'est aucunement douloureuse, jamais il ne donne lieu à ces réactions vives dont j'ai signalé ailleurs les nombreux dangers; enfin, l'on n'a à craindre de son usage ni effets caustiques, ni incrustations indélébiles.

En résumé, le tannin a été employé dans les divers cas indiqués plus haut, souvent avec un succès signalé, quelquefois inutilement, jamais avec désavantage.

En vous adressant aujourd'hui cette communication, je me suis proposé un double but : appeler l'attention de mes collègues militaires sur une médication nouvelle qui promet d'heureux résultats, et m'assurer la priorité.

J'ose espérer, M. l'inspecteur général, que vous voudrez bien donner à cette lettre la publicité qu'elle me paraît mériter.

Le médecin de bataillon de 1re classe,

Fr. Hairion.

NOTE SUR L'EMPLOI DU TANNIN EN OPHTHALMOLOGIE

par M. FLORENT CUNIER.

La lettre qu'on vient de lire a été insérée dans le dernier cahier (août) des *Archives belges de médecine militaire;* nous nous sommes empressé de la reproduire en considération des droits d'antériorité que son auteur a voulu s'assurer.

Nous devons toutefois faire remarquer que M. Hairion n'a pas été le premier à employer le tannin à fortes doses. Comme on l'a vu ci-dessus, pp. 111-112, M. le professeur Max Langenbeck, de Göttingue, dans un ouvrage écrit en 1847, vante, dans les blennorrhées oculaires très-intenses, l'usage des *instillations avec une solution concentrée d'alun et de tannin ;* p. 113, il parle de l'emploi de la même substance *dans l'injection atonique de la muqueuse, surtout de celle des paupières.*

M. Warren, page 69 de son mémoire : *On the gonorrhœal Inflammation of the Eye,* publié en 1845, et dont nous avons entretenu nos lecteurs en 1847, recommande dans la période aiguë de l'ophthalmie gonorrhoïque, comme moyen d'éloigner la sécrétion et d'en diminuer l'abondance, des injections et instillations très-fréquemment répétées avec l'*hydrolotif de tannin* de M. Béral (tannin 32 grains, eau distillée ℥ viij), dont il a souvent triplé la dose ; dans le relâchement et le boursouflement qui surviennent dans la période chronique de cette ophthalmie et des blennorrhées oculaires en général, il préconise (p. 81) les instillations renouvelées trois ou quatre fois par jour avec une solution à la dose de 10 à 25 grains par once d'eau distillée ; il a employé la même solution dans l'œdème des paupières : il en imbibe des compresses qui sont maintenues sur ces voiles. Il cite en note un cas d'ectropion sarcomateux dont les frais furent particulièrement faits par des applications, répétées deux fois le jour, d'abord de poudre de tannin, puis de poudre de tannate de plomb.

Et en définitive, ceux-là n'ont-ils pas, pour la plupart, également employé le tannin à forte dose, qui ont signalé les bons effets, dans quelques ophthalmies, des préparations des substances qui doivent leurs propriétés au seul tannin qu'elles renferment en très-grande quantité, telles que le cachou, le ratanhia, les écorces de chêne, de monésia, les fleurs de roses rouges, etc.?

Ce n'est donc pas sur l'élévation de la dose que peut porter

l'inscription de *priorité* que vient de prendre M. Hairion ; notre estimable confrère ne peut avoir d'autre prétention que celle de déterminer le mode d'administration le plus convenable des doses élevées de cette substance et les cas dans lesquels elles conviennent. On trouvera certainement que cette double détermination n'est pas suffisamment définie dans la lettre que nous avons reproduite ; mais on ne doit pas perdre de vue que son auteur a simplement voulu prendre date, et a, par là, contracté l'engagement d'exposer avec détail les expériences qu'il a instituées dans le service qui lui est confié.

Ainsi que nous l'avons dit dans la livraison de mai et juin dernier, p. 248 du volume XXIII des *Annales d'Oculistique,* nous nous proposons aussi d'exposer quelques faits relatifs à l'emploi du tannin pur (1), que nous avons essayé pour la première fois, il y a plus d'un an, sur la recommandation de notre élève et ami, M. le docteur Galvão, médecin brésilien ; depuis cette époque nous y avons eu recours à plusieurs reprises à intervalles plus ou moins éloignés, jusqu'à ce qu'enfin, en mai et juin dernier, nous l'avons expérimenté d'une manière suivie chez quelques malades.

Nous nous bornerons à dire aujourd'hui que les doses auxquelles nous nous sommes arrêté sont loin d'être aussi fortes que celles recommandées par M. Hairion. Nous n'avons jamais dépassé la dose 10 à 20 grains par once d'eau pour les instillations, injections ou fomentations continues destinées à éloigner la sécrétion dans les blennorrhées aiguës ; nous avons été jusqu'à 40 grains, et deux fois à un gros dans les blennorrhées chroniques avec boursouflement ou relâchement conjonctival, ainsi que dans l'ulcération et le ramollissement de la cornée ; des instillations étaient alors pratiquées une, deux ou trois fois le jour. Les pommades que nous avons formulées n'ont pu être tolérées que pour autant que la dose de tannin fût au plus de 6 à 10 grains par gros de cérat d'Édimbourg ; et encore a-t-il souvent fallu laisser deux jours d'intervalle entre les applications. Préparée d'après la formule de M. Hairion, la pommade a déterminé une violente inflammation, qui a fait que M. Bosch, qui s'était chargé de l'essai, a dû en suspendre l'emploi. La dose a pu être élevée à 15 grains par gros de poudre de sucre candi. C'est ce dernier collyre qui nous a paru

(1) Le tannin pur que nous avons employé avait été préparé par la méthode de M. Pélouze.

rendre les meilleurs services dans le relâchement et le boursouflement de la conjonctive, et surtout dans le pannus. Chez une fille de Beauvechain, la nommée Victoire Schayes, l'introduction chaque matin entre les paupières d'une pincée de ce collyre sec a manifestement eu une très-large part dans la guérison d'un pannus datant de plusieurs années qui s'était montré rebelle aux divers traitements que nous avions institués jusqu'alors.

On trouve dans un mémoire très-remarquable de M. Cavara, communiqué en janvier 1837 à l'Académie de médecine de Paris (1), la raison des effets que l'on peut attendre du tannin dans les altérations de la conjonctive :

« Le tannin, dit M. Cavara, mis en contact avec les muqueuses, a sur elles la même action chimico-mécanique qu'il exerce sur un tissu organique inerte; en d'autres termes, *il les tanne comme il tanne le cuir...* L'action du tannin semble déterminer en elles un resserrement tel que les glandes dont elles sont parsemées ne peuvent plus s'ouvrir pour livrer passage au mucus qu'elles sécrètent. »

Cette assertion de M. Cavara mérite de fixer sérieusement l'attention des ophthalmologues, et doit être cliniquement vérifiée par eux. Les résultats si complétement satisfaisants que l'on a retirés de l'emploi du tannin dans la gonorrhée et dans la leucorrhée, les essais de MM. Hairion et Cambrelin, fils, font bien augurer des services que l'on peut attendre de l'emploi de cette substance dans quelques maladies oculaires ; dans un certain nombre de cas, il constituera sans doute un adjuvant utile des deux méthodes de traitement généralement adoptées dans l'ophthalmie qui règne en Belgique, à savoir : la cautérisation par le sel lunaire, les applications plombiques; mais il ne peut nullement être question, comme nous l'avons entendu proférer plusieurs fois depuis quinze jours, de substituer le *tannage* soit au *plombage,* soit à la cautérisation avec le nitrate d'argent. L'importance du *nouveau* moyen ne va pas jusque-là.

P. S. — La note qu'on vient de lire était déjà composée, lorsque nous avons lu dans la *Gazette des Hôpitaux* une lettre de M. Magne sur l'emploi ophthalmologique du tannin. M. Magne rappelle que M. Reveillé-Parise a conseillé l'emploi du ratanhia, qui ne se distingue du tannin que par une action moins énergique; pour ce qui est de lui, il a employé le tannin depuis longtemps, mais jamais à

(1) *Du tannin et de son action sur les tissus inertes et sur les tissus vivants, sains ou malades.*

une dose aussi concentrée que M. Hairion. Nous transcrivons le passage suivant de la lettre de M. Magne, qui termine en priant M. Hairion de donner les détails qu'il sollicite :

« Il est à regretter, dit M. Magne, que M. Hairion ne nous dise pas s'il emploie ce médicament entre les paupières ou en instillations ou en injections, etc., et combien de fois par jour instillations ou injections doivent être faites ; ou bien, est-ce à l'aide d'un bain dans une œillère ? Tout ceci est important à savoir.

« M. Hairion a aussi employé le tannin en pommade et en poudre fine. A quelles doses ? Quels sont les moyens d'application ? Ces détails importants nous manquent.

« Enfin, notre confrère a fait usage du tannin dans un *mucilage épais*. Ici, j'avoue que je ne comprends plus l'action du médicament, car mucilage et tannin sont incompatibles. »

Nous l'avons dit et nous le répétons, M. Hairion n'a eu en vue, par la publication de sa lettre, que l'inscription de ses droits de priorité ; on doit s'attendre maintenant à lui voir publier le résultat détaillé de ses recherches ; il ne manquera pas, nous en sommes convaincu, d'acquitter sans retard la dette qu'il a contractée.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'OCCLUSION DES PAUPIÈRES A L'AIDE DU COLLODION;

par le docteur BARRIER,

chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'occlusion des paupières est un moyen thérapeutique d'une utilité incontestable dans un grand nombre de cas, soit des maladies des yeux, soit d'opérations pratiquées sur ces organes. Ces avantages ont été appréciés par la plupart des praticiens et sont trop généralement reconnus pour qu'il soit utile d'insister sur ce point. Je me contenterai de dire aujourd'hui que d'après l'expérience que j'ai acquise, surtout cette année, je regarde cette méthode comme extrêmement avantageuse après l'opération de la cataracte par extraction. C'est en partie à son emploi que j'attribue les succès remarquables que j'ai obtenus dans la série des opérations que j'ai pratiquées ce printemps dernier et sur lesquelles je reviendrai prochainement pour en faire connaître les résultats complets. Je ne veux parler ici que du procédé d'application auquel j'ai recours, et qui me parait préférable à celui que M. Ch. Deval a préconisé dans *l'Union médicale* (avril 1850). Le procédé de ce chirurgien consiste à porter, le malade ayant fermé les yeux, sur

le bord des paupières, une mèche de charpie ou un pinceau trempé dans le collodion. La couche se dessèche, se durcit et prend l'aspect d'une bandelette blanchâtre ; on peut lui donner l'étendue et la largeur que l'on désire, en réitérant l'application. L'opération ne dure pas plus d'une minute.

J'ai employé ce procédé et voici les inconvénients qu'il m'a présentés : Le bord de la paupière est doué d'une sensibilité si exquise, que le contact du collodion cause aux malades une vive douleur qui leur arrache même des cris ; le résultat serait encore plus fâcheux si un peu de liquide, s'insinuant entre les paupières, allait irriter la conjonctive ; et cet inconvénient est difficile à éviter s'il survient le moindre écartement des paupières avant la solidification de la couche emplastique. En second lieu, l'enchevêtrement des cils et leur agglutination rendent l'appareil trop inamovible en quelque sorte. Si on veut écarter les paupières, soit pour faire écouler les larmes, qui, à la rigueur, peuvent s'accumuler dans l'œil, soit pour s'assurer de l'état du globe oculaire, on est obligé, pour désunir les paupières, de passer sur la couche sèche un pinceau imprégné d'éther, ou de glisser une branche de ciseaux mousses derrière la bandelette agglutinative pour la couper et, avec elle, les cils perdus dans son épaisseur. Puis il faut réappliquer le collodion, cause de nouvelles douleurs pour le malade.

Le procédé auquel je donne la préférence me paraît aussi simple et infiniment plus commode pour les soins consécutifs que l'état de l'œil peut réclamer. Le petit appareil au moyen duquel il s'exécute pourrait être comparé au bandage des plaies en travers. Il se compose de deux fils d'une longueur convenable (10 à 15 centimètres) et de deux petites bandelettes de linge fin ayant 3 centimètres de longueur et un de largeur. Il s'agit de coller, sur chaque paupière, un fil placé verticalement de manière à ce que les deux fils noués ensemble vis-à-vis la partie moyenne du bord libre des paupières, les rapprochent et représentent l'espagnolette de deux volets fermés. Voici comment on procède : on peut commencer indifféremment par l'une ou l'autre paupière ; soit par la supérieure : dans ce cas le fil est placé verticalement au-devant de l'œil que le malade ferme naturellement, un bout correspondant au sourcil et l'autre tombant au-devant de la joue. La bandelette de linge tenue avec une pince et trempée à l'instant dans un flacon de collodion est étendue en travers du fil et assez rapprochée du

bord libre de la paupière pour ne s'éloigner que de 1 ou 2 millimètres de la racine des cils. Le collodion se dessèche rapidement et le fil se trouve solidement collé à la paupière. On agit de la même manière pour la paupière inférieure, mais en plaçant le fil en sens inverse, de manière à ce que son extrémité libre regarde en haut et aille ainsi à la rencontre de l'autre fil. Il ne reste plus qu'à nouer les fils ensemble en faisant un premier nœud, puis un nœud à rosette. On porte la constriction juste au point où il le faut pour que les bords des paupières se touchent sans chevaucher l'un sur l'autre. On coupe l'excédant des fils.

Cet appareil est tout à la fois très-solide et très-mobile. Quand il est bien appliqué, le malade ne doit pouvoir ni écarter les paupières, ni les faire entre-croiser par les contractions du muscle orbiculaire. Les larmes trouvent cependant d'ordinaire un écoulement facile. Mais s'il est empêché, ce qui ne m'est arrivé qu'une fois sur une cinquantaine de malades, rien de plus facile que de dénouer les fils, d'écarter les paupières et de rajuster immédiatement l'appareil dont aucune pièce n'a été enlevée. Veut-on quelques heures après l'opération, le lendemain ou les jours suivants, examiner, comme cela est souvent utile, l'état de l'œil, on le peut sans aucun inconvénient, sans douleur pour le malade, sans perte de temps pour le chirurgien.

Ce petit appareil, qui remplit toutes les indications de la méthode amovo-inamovible, tient ordinairement en place de quatre à six jours. Lorsqu'il se détache au bout de ce temps, on en applique un nouveau si besoin est. A la suite de l'opération de la cataracte par extraction, je me suis bien trouvé de prolonger l'occlusion des paupières pendant huit à dix jours en général, mais sans me priver de l'avantage que m'offrait ce procédé, soit pour m'assurer de l'état du globe oculaire aussi souvent que je le jugeais nécessaire, soit pour instiller quelques gouttes de collyre entre les paupières et remédier par un lavage approprié au suintement muqueux et puriforme qui se fait quelquefois à la surface de la conjonctive.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Parallèle des divers modes opératoires dans le traitement de la cataracte. — Thèse présentée et soutenue, le 7 février 1850, au concours pour la chaire d'opérations et de bandages; par M. NÉLATON, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Paris, Germer Baillière, 1850, 8°, p. 136.

Une thèse de concours sur un sujet examiné mille fois et sous différentes formes dans ce journal, ne mériterait pas d'y figurer, si ce travail n'appartenait à un chirurgien aussi consciencieux que M. Nélaton, et s'il ne nous fournissait l'occasion d'exposer les doctrines actuelles de l'école de Paris, sur les différentes méthodes d'opérer la cataracte.

Aprés une indication sommaire des soins préliminaires à l'opération, tels que la préparation du malade, sa position, celle du chirurgien et de l'aide, l'auteur traite successivement de l'abaissement, du broiement, de l'extraction, de l'aspiration, et du parallèle des méthodes.

M. Nélaton rejette avec raison l'usage du chloroforme dans l'opération de la cataracte ; cette opération n'est en effet pas assez douloureuse pour nécessiter la perte de la sensibilité de l'individu qui doit la subir ; dans beaucoup de cas même, il est important que le malade conserve toute sa connaissance, et les muscles de l'œil toute la faculté de leurs mouvements. Les moyens anesthésiques peuvent en outre provoquer des accidents convulsifs et des vomissements qui entraveraient nécessairement la manœuvre opératoire.

Pour ce qui concerne les instruments propres à dilater et à contenir l'orifice palpébral, M. Nélaton rejette l'emploi des ophthalmostats et même des releveurs, pour donner la préférence aux doigts d'un aide intelligent et adroit ; ce dernier mode d'élévation lui paraît à la fois le plus simple et le plus sûr.

« Tous les dilatateurs palpébraux, dit-il, ont un double inconvénient; ils irritent la surface de la conjonctive, en sorte qu'ils sont difficilement supportés, et exercent une pression qui peut devenir très-fâcheuse dans l'extraction de la cataracte. Aussi a-t-on cherché à les perfectionner; mais ces efforts n'ont eu pour résultat que d'en multiplier inutilement le nombre. Les anciens sont depuis longtemps abandonnés, et les plus récents, tels que celui de M. Lusardi, celui de M. Furnari, et même celui de M. Kelley-Snowden, malgré sa grande simplicité, nous semblent menacés à leur tour du même oubli. »

Nous regrettons de ne pas être du même avis que M. Nélaton. Depuis les premiers essais de strabotomie, nous n'avons pas fait une seule opération de cataracte sans nous servir de l'ophthalmostat; en agissant ainsi, on a l'avantage de se passer d'aide et de maintenir les paupières constamment ouvertes pendant la durée de l'opération. On apprécie surtout ces avantages dans des manœuvres assez prolongées nécessitées par des cataractes molles et adhérentes. Les craintes d'une grande irritation conjonctivale ne sont pas fondées; nous en dirons autant de la pression, qui, selon M. Nélaton, pourrait devenir fâcheuse dans l'extraction de la cataracte. Les ophthalmostats, et surtout le nôtre, dont le ressort même est en argent et adapté pour cette opération, n'exercent pas de pression d'avant en arrière et de dehors en dedans, mais seulement en haut et en bas et dans le sens de la circonférence palpébrale et orbitaire.

Les raisons qui engagent M. Nélaton à rejeter les instruments imaginés pour immobiliser le globe de l'œil dans la méthode d'extraction, sont plus fondées ; aux instruments de Pamard, de Caamata, de Rumpelt et de Demours, et au doigt lui-même de l'opérateur, M. Nélaton préfère un moyen simple, facile et exempt de danger, c'est-à-dire une airigne de petite dimension, implantée dans la sclérotique, comme le conseille M. Bonnet.

A chacun des modes opératoires relatifs au déplacement et à l'extraction, l'auteur consacre une notice historique proportionnée au but et à l'étendue de son travail. Il serait trop long de suivre M. Nélaton pas à pas dans la description et l'appréciation des différents procédés opératoires et des instruments qui ont été proposés ou mis en usage ; ce serait faire ici une nouvelle thèse au sujet de la sienne. Bornons-nous à dire que, dans tout son travail, les recherches des anciens et des modernes sont indiquées et appréciées avec une justesse et une impartialité qui font également honneur à son érudition et à sa bonne foi ; aussi, malgré les reproches que les compétiteurs de M. Nélaton ont faits à cette thèse, malgré les *desiderata* que nous allons signaler, nous n'hésitons pas à classer ce travail parmi les excellentes monographies qui ont été publiées sur la pratique de la cataracte.

Dans l'énumération des procédés opératoires de l'abaissement, nous avons été étonné de ne pas trouver le procédé spécial mis en usage contre les cataractes plus ou moins adhérentes à l'iris, c'est-à-dire la perforation du cristallin au centre, en faisant la ponction

par la cornée. Ce procédé, inventé par Bertrandi, fut plus tard érigé en méthode par Heister et par Saunders. Nous l'avons vu mettre en pratique pour la première fois en France, il y a quatorze ans, par M. Carron du Villards, sur un colonel en retraite ; depuis cette époque nous avons eu occasion d'employer plusieurs fois cette méthode, qui a été non-seulement suivie de succès, mais exempte de tout accident consécutif. Voici en quoi elle consiste : L'opérateur enfonce l'aiguille à cataracte dans la cornée, à une ligne et demie de son diamètre central, et la porte directement dans le centre du cristallin, qu'il traverse dans tout son entier; dans le second temps, en tournant l'aiguille entre ses doigts, il lui fait décrire des arcs de cercle, afin de perforer le cristallin dans un diamètre approximativement égal à celui de la pupille.

Dans cette opération, la nature et l'absorption concourent pour moitié dans la réussite; aussi faut-il toujours prévenir les malades que la vision ne se rétablira que très-lentement. Dans quelques cas la résorption du cristallin est complète ; mais le plus souvent le petit trou formé artificiellement dans le cristallin est entouré d'une opacité circulaire due à la capsule non absorbée : dans ce cas, comme le malade voit suffisamment à travers l'ouverture centrale, quelque petite qu'elle soit, il est inutile de recommencer l'opération. Quoi qu'il en soit, la pratique que nous venons de signaler nous paraît préférable aux nombreuses tentatives qu'on fait pour détruire les adhérences par la méthode ordinaire de la scléroticonyxie. Ce qui, dans la méthode de Saunders, empêche les accidents consécutifs et surtout l'iritis, c'est le rapport même du cristallin et de ses annexes, ces différentes parties se trouvant réciproquement bridées. En effet, par cela même que l'iris n'est pas susceptible de se dilater, il n'est pas non plus susceptible de se rétrécir; alors il se passe ici ce qu'on observe dans l'opération qu'on pratique pour détruire les fausses membranes et la capsule opaque qui obstruent la pupille à la suite d'une iritis très-intense : on peut recommencer plusieurs fois l'opération pour dégager la pupille sans crainte de provoquer une iritis ; l'ouverture pupillaire reste telle qu'elle était avant l'opération. Nous avons publié en 1841 l'observation d'une jeune fille dont les fausses membranes, consécutives à l'iritis, obstruaient complétement la pupille ; entrée à l'hôpital de la Charité, la malade avait subi deux opérations pratiquées par M. Velpeau, et après sa sortie de l'hôpital, nous avons fait sur le même œil trois autres opérations à un mois d'intervalle pour dégager entièrement la pupille. Aucun

phénomène inflammatoire n'a eu lieu du côté de l'iris, dont l'ouverture a toujours conservé le petit diamètre rétréci et irrégulier qu'elle avait à l'époque de la première opération ; ce n'est qu'après la cinquième opération que la malade a pu lire.

Le procédé de M. Cunier, la *réclinaison-dépression,* méritait une plus large part dans la thèse de M. Nélaton. Un de ses compétiteurs a douté des relevés statistiques publiés par notre confrère de Bruxelles ; nous aussi, en 1847, nous avons trouvé les résultats de M. Cunier peu conformes à ceux obtenus par les chirurgiens de Paris (*Gazette des Hôpitaux,* feuilleton du 11 septembre 1845); mais nous avons pensé que le meilleur moyen de contrôler ces chiffres, c'était d'essayer la réclinaison-dépression : les résultats que nous avons obtenu ont modifié notre opinion à cet égard. 1° Dans les cataractes dures et demi-molles, ce procédé contribue considérablement au succès de l'opération. 2° Dans les cataractes molles et adhérentes il n'a aucun avantage bien marqué sur les autres procédés, parce qu'en agissant directement sur le sommet du cristallin de haut en bas, l'aiguille, au lieu de récliner en masse l'appareil du cristallin, s'y enfonce, et l'on est forcé d'achever l'opération par la méthode ordinaire du broiement. Ajoutons qu'une aiguille droite et forte dégage plus facilement les adhérences qu'une aiguille très-petite et très-courbe comme celle de M. Cunier. Nous savons qu'à l'aide de cette aiguille on peut harponner en plusieurs endroits la capsule et en opérer la lacération; mais nous parlons ici des adhérences très-fortes qui nécessitent le passage de l'instrument entre la capsule et les parties avec lesquelles elle a contracté des adhérences; ce passage n'est ni facile ni possible avec une aiguille très-courbe. 3° Dans le procédé de M. Cunier, les iritis sont beaucoup moins fréquentes que dans les autres procédés. Est-ce la conséquence de l'emploi d'une petite aiguille qui diminue les chances d'inflammation traumatique? C'est probable. 4° Enfin, l'objection qu'on a faite de la difficulté de pénétrer dans la sclérotique avec une aiguille très-courbe n'est pas fondée ; un opérateur habile exécute cette manœuvre aussi facilement qu'avec une aiguille droite, s'il a la précaution de porter le manche de l'instrument parallèlement à la tempe, pendant que l'extrémité de la courbure de l'aiguille est appliquée à la sclérotique. Somme toute, le procédé de M. Cunier offre des avantages réels qui en indiquent l'application dans un très-grand nombre de cas.

Une dernière observation concernant le chapitre des oublis que

nous venons de constater dans la thèse de M. Nélaton, c'est que nous n'y avons trouvé aucune trace de statistique. Or, un parallèle entre les différents modes opératoires de la cataracte est-il complet sans relevés statistiques? En chirurgie, en ophthalmologie surtout, il ne suffit pas de mettre en regard les différentes méthodes et de les opposer les unes aux autres sous le point de vue des avantages et des inconvénients; il faut également recourir à la méthode numérique, afin de fournir au praticien un élément de plus sur la conduite qu'il doit tenir dans le choix ou le rejet de chacune d'elles. Il est vrai de dire qu'une statistique exacte et consciencieuse relative aux différentes méthodes d'opérer la cataracte, une statistique indiquant l'influence comparative de l'âge, du sexe, des saisons, des climats et des conditions de l'opérateur et de l'opéré, manque dans la science, et que ce n'est pas dans la courte période prescrite pour la composition d'une thèse de concours qu'on pouvait l'établir.

En 1837, nous avons cherché à poser les bases d'un pareil travail, et pour premier résultat nous nous sommes fait des ennemis. Les uns ont trouvé les chiffres des insuccès très-exagérés, les autres n'ont vu dans nos recherches que des personnalités. M. Sichel persiste à soutenir qu'il obtient sur cent opérations quatre-vingt-cinq succès complets, huit demi-succès et sept insuccès; tant mieux pour lui, tant mieux pour ses malades; car les statistiques des autres chirurgiens de Paris diffèrent essentiellement de la sienne. Quoi qu'il en soit, malgré le désir que nous avons de saisir cette occasion pour présenter ici quelques considérations rétrospectives sur cette matière, nous préférons nous en abstenir, dans la crainte de provoquer de nouvelles tempêtes : cependant, si le rédacteur en chef de ce journal le permet, si M. Sichel, plus particulièrement intéressé dans cette question, le désire, nous y reviendrons, en déclarant toutefois d'avance que pour ce qui concerne l'histoire du passé, nous persistons dans les déclarations que nous avons faites, et qu'à moins de raisons très-convaincantes et de ces faits sans réplique, qui font les *conversions* des pécheurs les plus endurcis, nous mourrons dans l'impénitence finale.

M. Nélaton a consacré un long chapitre de sa thèse à l'aspiration de la cataracte : c'était une bonne occasion de lui faire subir l'épreuve d'une discussion publique : mais le nouveau père d'adoption de cette méthode était membre du jury du concours. Aussi les argumentateurs ont-ils jugé prudent de s'abstenir. Tâchons d'y suppléer autant que nous le permettent les limites qui nous sont

prescrites dans cette analyse. Nous prendrons pour guide la thèse même de M. Nélaton, qui est à notre avis le meilleur travail qui, au point de vue de l'appréciation pratique, ait paru sur cette matière.

Et d'abord quelques mots sur la question historique.

«...Tel était l'état des choses il y a près de deux siècles, dit M. Nélaton. Depuis cette époque, il serait plus difficile encore de retrouver des traces de la méthode persane. Ni les traités de chirurgie ou d'ophthalmologie, ni la pratique des chirurgiens et oculistes connus, ne fournissent rien qui paraisse pouvoir s'y rapporter. Il est donc constant que cette méthode, si elle a été autrefois employée, était depuis bien longtemps sortie de la mémoire des chirurgiens, lorsque M. Laugier l'a créée de nouveau et introduite dans la science et dans la pratique. »

L'aspiration de la cataracte était si peu *sortie de la mémoire des chirurgiens*, qu'on pourrait citer plusieurs publications assez récentes dans lesquelles on trouve *des traces* assez marquées de la méthode d'aspiration. Ainsi, dans une thèse inaugurale soutenue en 1822, devant la faculté de médecine de Paris, par M. Jouhand-Lavalade, on lit le passage suivant: «L'on voit par là qu'Albucasis » raconte qu'une personne de l'Irak lui dit qu'il y avait dans cette » contrée des gens *qui pompaient la cataracte* avec des aiguilles » creuses. » La même indication se trouve dans d'autres thèses inaugurales.

Dans notre rapport officiel sur l'ophthalmie en Afrique, publié *deux ans avant* la découverte de M. Laugier, après avoir parlé du peu de traditions que les Thébibs actuels avaient conservé des travaux de leurs illustres ancêtres, Avicenne, Albucasis, Ali-Abbas, Rhazès, etc., nous avons indiqué les méthodes pour le traitement de la cataracte employées par ceux-ci, et surtout l'extraction et l'ustion syncipitale; il est vrai que pour ce qui concerne l'aspiration, nous n'avons fait que citer le passage de Haller : *Albucasis cataractam membranaceam acubus canaliculis exsugere tentavit*. Est-ce que pour tout homme qui sait un peu lire le latin, l'opération de la cataracte ne s'y trouve pas suffisamment indiquée ?

On voit que nous ne parlons ici, ni de la relation de M. Pétrequin au sujet de M. Pecchioli, ni de l'aiguille-pompe exécutée en 1835 par M. Charrière, ni des nombreuses et savantes recherches qui ont été faites au sujet de cette question historique par MM. Malgaigne, Sichel et Cunier; seulement, nous avons voulu prouver à M. Nélaton, et sans aller fouiller dans les manuscrits grecs et

arabes, ni dans les livres du moyen âge, que le fait d'Albucasis se trouve cité à profusion dans des publications récentes et même dans des thèses pour le doctorat, thèses qui ordinairement ne pèchent pas par un excès d'érudition historique.

M. Nélaton ajoute :

« M. Laugier se demande, avec le scrupule du savant consciencieux, si ce mode opératoire est réellement d'origine aussi récente qu'il l'avait pensé d'abord; il est bien certain, quant à lui, d'avoir imaginé cette méthode sans y avoir été conduit *par aucune réminiscence* et en se guidant seulement sur l'étude des conditions physiques de la cataracte; mais il avoue que les recherches ultérieures lui ont fait retrouver dans Albucasis la trace d'une opération qui offre quelque analogie avec sa propre méthode. »

Ici la question devient plus sérieuse, car nous allons prouver à M. Laugier qu'il n'avait pas besoin de faire des *recherches ultérieures* à sa découverte pour retrouver dans Albucasis la trace d'une opération analogue à la sienne, par la raison bien simple que, trois ou quatre ans avant sa découverte, il avait traduit et annoté lui-même un ouvrage qui consacre une mention spéciale de la méthode de l'aspiration de la cataracte, nous voulons parler du *Traité des maladies des yeux* de M. Mackenzie, traduit par MM. Laugier et Richelot; on lit en effet à la page 566 :

« Albucasis dit avoir été informé que la cataracte avait été quelquefois *pompée à travers une aiguille creuse;* or, dans le cas de cataracte liquide, il n'est pas douteux que la *gutta opaca*, qui, selon les Arabes, constitue la cataracte, ne puisse être évacuée par un tube qu'on introduirait, je suppose, à travers la cornée; mais lors même que la cataracte ne serait pas fluide et que l'humeur aqueuse seule serait éliminée, une très-petite plaie à travers l'hémisphère antérieur de la capsule avec le bout du tube doit suffire fréquemment pour amener la guérison par suite de l'introduction de l'humeur aqueuse. »

Est-ce clair? M. Mackenzie ne se borne pas seulement à citer le fait d'Albucasis, qui, en définitive, a servi de point de départ pour établir l'ancienneté de l'aspiration; mais il cherche en outre à faire l'application de cette méthode aux cataractes dures, dont la résolution définitive, après l'ouverture de la capsule, serait accomplie par les forces absorbantes de l'humeur aqueuse.

Je ne veux pas savoir s'il était permis à un professeur de chirurgie d'ignorer les nombreux ouvrages qui ont traité de la question qui nous occupe; mais ce qui n'est permis à

personne, c'est de n'avoir *aucune réminiscence,* aucun souvenir, même vague, de ce qu'on a traduit et commenté soi-même. Lorsque M. Laugier a fait paraître ses premiers essais sur l'aspiration, nos souvenirs se sont rapportés à l'ouvrage de M. Mackenzie dont nous avions publié l'analyse dans le *Bulletin de Thérapeutique;* aussi avons-nous été très-surpris de voir que M. Laugier n'avait consacré aucune mention à l'honorable chirurgien de Glasgow.

Certes il ne nous en coûte pas de reconnaître que M. Laugier a fait subir à la méthode persane ou arabe des modifications importantes et qu'il lui a imprimé un cachet scientifique dont elle était dépourvue ; mais cela ne fait que constituer un procédé nouveau pour une méthode ancienne : la seringue perfectionnée remplace les aiguilles creuses ; l'aspiration, la succion ; et la ponction de la sclérotique, celle de la cornée.

Faisons suivre cette courte digression, propre à servir à l'histoire de l'aspiration, d'une appréciation sommaire du procédé même de M. Laugier ; et ici encore nous ne faisons qu'analyser la thèse de M. Nélaton. L'aspiration peut-elle remplacer avantageusement l'extraction et la dépression ? Pour qu'une méthode nouvelle rentre dans cette catégorie, il faut qu'elle ait en sa faveur quatre conditions essentielles : 1° une grande simplicité dans la manœuvre ; 2° l'avantage de pouvoir être indiquée dans un grand nombre de cas ; 3° la certitude d'éviter les cataractes secondaires ; 4° la disparition ou du moins la diminution des accidents consécutifs. Mise en rapport avec la méthode d'extraction, l'aspiration est sans doute infiniment plus simple ; mais rien ne pourra remplacer la dépression au point de vue de la promptitude et de la simplicité de la manœuvre. Le nom même de la nouvelle méthode dit assez qu'elle ne peut être employée que dans les cataractes molles ou demi-molles ; or, en supposant qu'on rencontre 50 cataractes molles sur 100, l'aspiration se trouve exclue dans la moitié des cas : si de ce nombre on élimine les cataractes dont la capsule antérieure est opaque, le mode opératoire qui nous occupe ne peut être appliqué que dans un très-petit nombre de cas.

Est-il toujours facile de reconnaître une cataracte molle avant de faire l'opération ? Ici nous nous trouvons entièrement d'accord avec MM. Laugier et Nélaton. N'en déplaise à M. Malgaigne qui, en argumentant M. Nélaton, a contesté la facilité du diagnostic différentiel dont nous parlons, si les signes physiques indiqués par les auteurs ne suffisaient pas, une cataracte molle serait facilement

reconnue par ce qu'on appelle le *coup d'œil du praticien.*

Peut-on toujours éviter les cataractes secondaires par l'aspiration? Je crois que cette méthode est plutôt destinée à les provoquer qu'à les éviter. Sur 10 cataractes secondaires, 8 au moins sont le résultat de fragments capsulaires restés dans le champ de la pupille; or, en admettant que l'introduction de l'instrument entre les deux capsules n'ait pas rendu opaque la capsule antérieure, en supposant que celle-ci reste entièrement transparente après l'opération, comme le prouvent du reste les quelques faits énumérés par M. Laugier, est-on sûr que cette transparence persiste pendant longtemps chez les opérés? En consultant les lois de l'organisme et l'expérience la plus vulgaire en fait de membranes de l'œil, n'est-on même pas sûr du contraire? D'où il résulterait que dans un espace de temps plus ou moins éloigné, on aurait autant de cataractes secondaires qu'on aurait fait d'opérations par aspiration. Cet inconvénient est d'autant plus à craindre qu'on a presque toujours affaire à des vieillards chez lesquels la plupart des membranes de l'œil deviennent par le fait seul de l'âge graduellement plus ternes et plus opaques.

M. Nélaton se demande, comme M. Laugier, si la succion, au lieu de rester restreinte aux cataractes fluides, ne pourrait pas devenir une heureuse modification de l'abaissement, employée dans beaucoup de cas avec avantage pour favoriser la chute et la dépression des parties opaques, prévenir en même temps la cataracte secondaire par réascension du cristallin et les accidents inflammatoires secondaires.

« Le précepte de détourner et d'abaisser les lambeaux d'une cataracte capsulaire primitive ou secondaire est depuis longtemps dans la science, dit M. Nélaton; mais avec les moyens ordinaires il n'est pas souvent possible de l'observer dans la pratique. Enrouler, comme on le dit, un lambeau autour de l'aiguille n'est pas chose aisée; le plus ordinairement le lambeau fuit l'aiguille, dont les mouvements réitérés et infructueux fatiguent et peuvent enflammer l'œil. L'aiguille aspirante au contraire a l'avantage de fixer dans l'ouverture qu'elle offre la petite membrane flottante et adhérente par l'un de ses bords. Si on la tourne sur son axe, on enroule alors bien véritablement la membranule et l'on détruit ses adhérences; on peut même l'extraire de l'œil avec l'aiguille, ou du moins on la laisse dans sa partie inférieure. »

Cette idée paraît en effet très-séduisante : appliquer l'aiguille aspirante à toutes les cataractes pour pratiquer à volonté l'aspiration

ou la dépression des parties opaques; dégager plus ou moins complétement la pupille en enroulant les fragments capsulaires primitifs, secondaires et adhérents; les extraire même de l'œil, ce serait trop beau, ce serait à faire renoncer d'emblée à toutes les méthodes et à tous les procédés connus; mais nous craignons que MM. Laugier et Richelot n'aient jugé la question *à priori*. Voyons si les difficultés inhérentes à la nature même de la maladie, si l'instrument de M. Laugier, quelque parfait qu'il soit, se prêtent volontiers à l'accomplissement de ce beau rêve.

Prenons pour exemple une des cataractes les plus fréquentes, la demi-molle dont la capsule antérieure est opaque, ce qui nécessiterait l'aspiration de la lentille et l'enlèvement de la membrane : peut-on supposer dans ce cas qu'une aiguille très-volumineuse, ayant pour manche une seringue et se terminant par une ouverture, puisse manœuvrer sur la capsule aussi facilement qu'une simple aiguille à cataracte, qui, par sa finesse et par sa légèreté, peut être portée facilement sur cette membrane?

Voilà pour les capsulaires primitives; quant aux capsulaires secondaires, les difficultés ne font qu'augmenter, car aux adhérences et à la consistance de la capsule normale, il faut ajouter les adhérences accidentelles et l'épaississement consécutif. Or, s'il n'est pas aisé d'enrouler un lambeau de capsule autour d'une aiguille ordinaire qu'on peut faire agir en tous sens, il sera encore moins aisé de l'enrouler avec une aiguille aspirante. Cette aiguille, nous dira-t-on, a l'avantage de fixer dans la petite ouverture qu'elle offre la petite membrane flottante et adhérente par l'un de ses bords. Les cataractes capsulaires consécutives sont rarement flottantes, et dans ce cas on n'aurait pas besoin d'une nouvelle opération, les forces absorbantes suffisant à détruire, très-lentement il est vrai, une grande partie et souvent la totalité des corps opaques. Dans le plus grand nombre des cas, ces capsules sont dures et, loin d'être flottantes, adhèrent fortement à leur circonférence à la manière d'une étoffe très-tendue. Dans ces cataractes qui, nous le répétons, sont les plus fréquentes, nous défions qu'on puisse en dégager une seule parcelle par l'aspiration.

M. Carron du Villards et moi, convaincus de la difficulté du dégagement de ces capsules, nous avons fait faire en 1837 des aiguilles très-courbes, qui ont donné ensuite l'idée à M. Cunier d'imaginer son nouveau procédé pour opérer la cataracte; or, à l'aide même de ces aiguilles, qui sont de véritables crochets, on a

beaucoup de peine à harponner la membrane opaque qui résiste souvent aux différentes tentatives. Nous avons cité plus haut l'exemple d'une jeune fille chez laquelle la membrane a nécessité cinq opérations : nous pourrions multiplier les exemples de cette nature; il nous suffira de citer ce fait plus récent : — Une dame Cribellier, veuve d'un ancien militaire, fut opérée de la cataracte par M. Desmarres, qui a été forcé de recourir à une seconde opération pour dégager la pupille. La malade cependant voyait à peine à se conduire; je l'ai opérée une troisième fois. Les restes capsulaires étaient tellement durs qu'il m'a été à peine permis d'agrandir la brèche faite à la capsule par les opérations précédentes; dès que j'ai voulu essayer de dégager les adhérences, l'iris suivait les dégagements de la capsule. Aussi, dans la crainte de provoquer un décollement, j'ai préféré laisser la malade tranquille; elle voit aujourd'hui à lire, mais avec un peu de peine. C'est un demi-succès après trois opérations.

Chez une dame de Versailles, la duchesse d'H....., en pratiquant le dégagement d'une capsulaire secondaire, la malade nous a dit avoir senti et *entendu* pendant la manœuvre comme si l'on grattait un morceau de parchemin avec une pointe d'aiguille. Croit-on que dans ce cas on obtiendrait le moindre résultat par une aiguille aspirante? on viderait plutôt toutes les humeurs de l'œil, qu'on n'enlèverait un atome de capsule opaque.

Peut-on, au début d'une cataracte, arriver par la méthode d'aspiration à extraire les opacités partielles du cristallin, ce qui dispenserait d'attendre la cécité complète et même un trop grand affaiblissement de la vue? Cette idée appartient en propre à M. Laugier, et nous y voyons la meilleure application qu'on puisse faire de son procédé; mais on rencontre une grande difficulté: c'est qu'au début d'une cataracte, et même dans certaines cataractes assez avancées en maturité, les malades voient encore suffisamment pour vaquer à leurs affaires et quelquefois même pour lire. Or, combien de malades trouvera-t-on disposés à se faire opérer un œil qui serait dans les conditions sus-indiquées, ces malades fussent-ils des médecins et grands partisans de la méthode d'aspiration? J'ajoute: Serait-il prudent, serait-il moral même, de tenter une opération dont rien n'indique l'urgence? Cependant, nous n'hésitons pas à le répéter, cette idée a beaucoup d'avenir, et de même que dans une cataracte commençante on doit essayer tous les moyens possibles pour en arrêter la marche (c'est la pratique

que nous suivons depuis quelques années), de même lorsqu'une cataracte fait des progrès très-rapides, lorsqu'on aura bien fait comprendre au malade que, dans un espace de temps plus ou moins éloigné, sa vue sera perdue et une opération rendue indispensable, on pourra se servir de l'aspiration comme d'une opération pour ainsi dire *prophylactique*: cette opération serait d'autant mieux indiquée que la capsule serait transparente. Ajoutons que s'il y a des cristallins qui se ramollissent en devenant plus opaques, il y en a d'autres qui se durcissent à mesure que la maladie fait des progrès. En opérant au début de la maladie, le cristallin est un peu pulpeux comme à l'état normal, et, par conséquent, dans de meilleures conditions pour se prêter à l'aspiration.

Pour ce qui concerne les accidents consécutifs et surtout l'inflammation et la névralgie, les essais de M. Laugier sont en faveur de cette méthode; mais il n'y a pas encore assez de faits pour qu'on puisse établir un examen comparatif avec les autres modes opératoires. Pour nous, toute la question est là. Si par de nouveaux et nombreux essais l'innocuité de l'aspiration est un jour bien constatée, le problème est résolu, car il n'y a plus d'objections sérieuses à faire à une méthode qui éviterait surtout l'iritis et la névralgie. Et d'ailleurs qu'est-ce qui empêcherait de faire l'opération en deux temps? La première fois on se bornerait à pratiquer l'aspiration du cristallin; si la capsule est opaque, on l'enlèverait deux mois après par le procédé ordinaire. Les optimistes, ceux qui prétendent n'avoir toujours que des succès en fait d'opérations de cataracte, trouveraient cette manière d'agir digne d'un chirurgien timide ou qui sortirait à peine des bancs de l'école; mais les hommes consciencieux, ceux qui ont vu dans leur carrière médicale des iritis graves consécutives à l'opération de la cataracte, des névralgies, surtout, résistant à tous les moyens connus durant des années et ne cessant que lorsque la faculté visuelle est entièrement éteinte, ceux-là, dis-je, comprendront facilement que l'étude et le traitement des accidents dont nous parlons laissent beaucoup à désirer, et que l'on ne doit pas dédaigner une recherche qui tendrait à les prévenir ou à les combattre. Si les travaux de M. Laugier (peu nous importe la nouveauté ou l'ancienneté de l'aspiration) ouvrent une nouvelle voie sur la question que nous venons de soulever, le professeur de l'école de Paris aura rendu un service immense à la pratique de l'ophthalmologie.

Deux mots encore sur des applications heureuses de l'aspiration : elle est indiquée dans l'hypopyon ; elle peut servir à remplacer la paracentèse de l'œil, sur laquelle M. Desmarres a appelé dans ces derniers temps l'attention des praticiens pour combattre les hypersécrétions des humeurs après l'inflammation consécutive à l'opération de la cataracte. Dans les deux cas nous avons employé l'aspiration avec succès ; il est inutile d'ajouter que dans le premier cas nous avons pratiqué l'aspiration par la cornée, et dans le second par la sclérotique. Nous préférons l'aspiration à la sortie du pus par une ouverture faite à la cornée à l'aide d'un couteau lancéolaire ou d'une lancette : 1° parce qu'une simple ponction diminue les chances du ramollissement et de la suppuration de la cornée, suite quelquefois inévitable de la plaie faite à la cornée par le couteau ; 2° parce que le pus est souvent si dense dans l'hypopyon, qu'il sort goutte à goutte et qu'on est forcé de le dégager à l'aide d'une curette passée à travers les bords de la petite plaie. L'aspiration remplace les deux instruments ; elle a en outre l'avantage de permettre une plus grande sortie d'humeur aqueuse et de matière purulente plus ou moins concrète qui aurait envahi le champ de la pupille.

M. Nélaton propose l'aspiration comme moyen *préventif* dans ce qu'il appelle les *fausses* cataractes, afin d'empêcher les épanchements purulents de devenir concrets et d'obstruer la pupille ; il ajoute que ce moyen a été déjà employé par M. Morel Lavallée à l'hôpital de la Charité contre la cataracte purulente encore liquide. Nous ignorons si quelques-uns de nos confrères ont employé l'aspiration contre l'hypopion proprement dit et contre l'hypersécrétion des humeurs de l'œil consécutive à l'opération de la cataracte par abaissement ; dans tous les cas, ces lignes suffisent pour prendre date ou du moins pour constater l'efficacité de cette pratique.

Un dernier chapitre de la thèse de M. Nélaton est destiné au parallèle des méthodes ; l'auteur établit la comparaison des méthodes entre elles au point de vue des difficultés que présente le manuel opératoire, des accidents immédiats et consécutifs propres à chaque méthode, de leurs applications, enfin des résultats définitifs de l'opération. On a reproché à M. Nélaton de n'avoir pas assez insisté sur la méthode à laquelle il donnerait la préférence ; quant à nous, loin de le blâmer, nous le félicitons de son éclectisme. En effet, dans l'état actuel de la science, est-il possible de se

déclarer partisan exclusif de l'abaissement plutôt que de l'extraction? Est-il possible d'avoir une règle de conduite toujours constante, toujours bien motivée? Ce qu'il y a de plus rationnel, c'est de déterminer les cas qui comportent l'emploi de l'une ou de l'autre méthode; il en est de même des procédés et des différents temps ou détails de chaque procédé. Citons seulement pour exemple l'enlèvement de la cristalloïde dans la cataracte primitive. Faut-il suivre le précepte de Scarpa ou de Boyer? celui de Petit ou de Fabrice? Les conseils donnés par Sanson, ceux indiqués par MM. Velpeau, Malgaigne et Gosselin sont-ils meilleurs? Doit-on préférer la pratique de Bowen ou celle de M. Goyand, etc., etc.? Si tous ces procédés ont des avantages, tous ont aussi leurs inconvénients, et aucun d'eux n'évite les cataractes capsulaires consécutives ou les iritis, si l'on s'obstine à obtenir le dégagement complet de la capsule opaque. Quelle est donc la meilleure conduite à tenir? Dans un livre, ou dans une leçon orale, on doit se borner à l'exposition historique des différents procédés, ainsi qu'à l'appréciation des avantages et des inconvénients; dans la pratique opératoire, le chirurgien *fait ce qu'il peut,* selon la nature de la maladie et les difficultés qu'elle présente. Et qu'on ne vienne pas nous parler de la dextérité de l'opérateur! Une difficulté est pour tout le monde un obstacle pour obtenir un résultat immédiat; et en face de ces difficultés, ainsi que l'a très-bien formulé M. Nélaton, *l'opérateur, quelque habile qu'il soit, n'a souvent qu'à se résigner.*

Voulez-vous une preuve que le choix de la méthode, la manœuvre opératoire et l'habileté du chirurgien ne sont pas les seules conditions pour obtenir toujours un résultat heureux, opérez une cataracte simple, de bonne nature, libre de toute adhérence, sur un sujet bien constitué, longtemps préparé d'avance, et placé dans les meilleures conditions hygiéniques : vous touchez à peine le cristallin, il se perd dans les profondeurs de l'humeur aqueuse; le malade se doute à peine que l'opération est terminée, et cependant, sans cause connue, sans qu'on ait rien à se reprocher, quarante-huit heures après l'opération l'œil est frappé d'iritis très-intense ou de névralgie opiniâtre qui compromettent l'organe visuel. D'autres fois, au contraire, la cataracte est compliquée et adhérente, le malade indocile et placé dans un local exposé à toutes les intempéries de l'air et de la saison; la manœuvre opératoire est longue et difficile; quelque précaution qu'on

prenne, on blesse l'iris ou ses annexes, et cependant l'œil devient à peine rouge et l'opération est couronnée d'un succès complet.

Nous ne voudrions pas terminer cette analyse sans relever une attaque dirigée contre les hommes spéciaux par un des argumentateurs : « Vous avez parlé dans votre thèse avec trop de profusion des travaux des *oculistes !*... Au lieu de propager les travaux de Scarpa et de tant d'autres chirurgiens, vous avez exposé les résultats opératoires de MM. Cunier et Rivaud-Landrau....., » a dit à M. Nélaton un candidat qui s'était signalé il y a quelques années comme chef de file d'une fameuse croisade contre les hommes spéciaux en général, et contre un célèbre orthopédiste en particulier. Nous ne savions pas que les prétentions des partisans quand même de l'omniscience médicale allassent jusqu'à frapper d'ostracisme les publications des hommes spéciaux. Nous ignorions qu'il n'était même pas permis d'énumérer leurs travaux, car il est bon de faire remarquer que M. Nélaton ne s'est nullement montré partisan ni du procédé d'abaissement de M. Cunier, ni de la modification apportée à l'extraction de M. Rivaud-Landrau. L'auteur de la thèse ne s'est borné qu'au simple rôle d'historien; quant aux publications des autres ophthalmologistes, il les a appréciées avec beaucoup de réserve et d'impartialité. Eût-il été plus équitable de les passer sous silence?

Quoi qu'il en soit, et malgré les diatribes de quelques hommes, nous avons encore la bonhomie de croire qu'au point de vue pratique, des publications spéciales faites dans ces derniers temps ont pour le moins autant d'autorité que des articles de dictionnaires publiés il y a quelque vingtaine d'années.

L'utilité qui résulte pour les malades de l'exercice d'une seule branche de la chirurgie est un fait incontestable; nous l'avons dit ailleurs, et nous ne saurions trop le répéter ici à cause du but même de ce recueil. Flétrissez le charlatanisme industriel dans sa spécialité, vous en avez le droit, mais en ne l'épargnant pas davantage chez les encyclopédistes. Blâmez des hommes qui se livrent à une spécialité en quittant les bancs de l'école, c'est encore très-juste; mais ne déversez pas le même blâme sur des praticiens honorables, qui, dans le cours de leur carrière, après avoir étudié avec un zèle égal les différentes parties de la science, se livrent à une seule branche de la chirurgie, sans toutefois perdre de vue les connaissances générales acquises dans des études régulières et complètes.

Il est évident que pour avoir la faculté de féconder le détail, il ne faut pas s'enfermer dans la sphère circonscrite de la spécialité avant d'avoir étudié la série de faits ou de doctrines qui se rattache plus ou moins directement à telle ou telle autre branche de la science. Sans cela, tout serait obstacle pour l'investigateur, et les lois d'application que l'homme spécial pourrait trouver n'auraient qu'une portée médiocre ou à peu près nulle. Que faut-il donc pour qu'un homme spécial puisse lier le détail à la science générale et faire naître de ses travaux spéciaux des déductions qui puissent jeter quelque lumière sur des problèmes d'un ordre supérieur? que faut-il, enfin, pour que le détail, au lieu de s'arrêter dans une formule d'une étroite application, devienne au contraire une loi générale, qui trouve sa place dans la série la plus élevée du principe de la science et de l'art? Il faut que le médecin étudie la science dans tous les éléments qui la constituent, avant de circonscrire ses investigations dans le cercle étroit d'une spécialité; il faut même qu'il ait profondément fouillé dans tous les coins de la science générale, pour que ses recherches dans le détail soient empreintes d'un esprit synthétique.

S. Furnari, D.-M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Van Honsebrouck. — *Du régime alimentaire et de son influence sur le développement de l'ophthalmie chez le jeune soldat.* — Anvers, J. Van Ishoven, 1850, in-32, pp. 99.

A. Lenoir. — *Des opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil.* (Thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire ouvert devant la faculté de médecine de Paris.) — Paris, Victor Masson, 1850, in-4°, pp. 131, avec 3 belles planches lithographiées.

C.-F. Marchal. — *Considérations générales sur le diagnostic et le traitement des affections amaurotiques.* (Thèse pour le doctorat en médecine.) — Paris, Rignoux, 1850, in-4°, pp. 40.

William Clay-Wallace. — *The accommodation of the Eye to the Distances.* — New-York, J. Wiley, 1850, in-8°, pp. 36, avec 50 figures sur bois intercalées dans le texte.

(Reproduction d'articles publiés en 1835 dans le *Silliman's Journal*, en 1842 dans la *London medical Gazette*, en 1844 dans le *Boston medical and surgical Journal*, et en 1848 dans les *Annales d'Oculistique.*)

Chronique.

Bruxelles. — La note suivante est extraite de la livraison d'août des *Archives belges de médecine militaire :*

« L'Institut ophthalmique de l'armée, établi à Louvain (et dont le service est confié à M. Hairion), étant le centre où aboutissent toutes les lésions, tous les accidents, que laissent à leur suite les maladies oculaires (traitées dans les hôpitaux militaires), nous nous bornerons à reproduire la statistique de cet établissement (*du 1er juillet* 1849 *au* 1er *janvier* 1850) :

» I. Au 1er juillet 1849, il restait en traitement 106 malades, dont 97 étaient envoyés des corps et des hôpitaux, et 9 venaient de leurs foyers.

» II. 72 ophthalmiques sont entrés pendant le semestre : 23 venaient de leurs foyers et n'appartenaient plus à l'armée, 49 étaient envoyés des corps ou des divers établissements sanitaires. — 58 se trouvaient atteints de lésions variées consécutives à l'ophthalmie de l'armée; de ce nombre : 35 présentaient des altérations graves, telles que pannus, staphylôme, cataracte, amaurose, etc. — 21 étaient porteurs d'altérations moins graves, telles que taies, kératites, synéchies, etc. — 2 étaient affectés de perte complète et irréparable des deux yeux.

» Les 14 cas d'affections oculaires d'une autre nature se répartissent ainsi : Ophthalmie traumatique compliquée de symblépharon 1. — Ophthalmie scrofuleuse (blépharadénite et kératite) 2.—Ophthalmie gonorrhoïque 1. — Ankyloblépharon 1.—Taies de la cornée 3.—Cataracte capsulaire 2.—Cirsophthalmie 1.— Staphylôme conique 1. — Myopie 1. — Asthénopie 1.

» III. 96 restaient en traitement au 1er janvier 1850, dont 8 venaient de leurs foyers et n'appartenaient plus à l'armée.

» Tout l'intérêt de l'institut pendant le semestre (2e semestre 1849) qui vient de s'écouler a été complétement absorbé par les expériences qui y ont été faites sur l'acétate neutre de plomb. M. Hairion se propose de faire connaître incessamment les résultats des essais auxquels il s'est livré à ce sujet. »

Langhemarck (Flandre occidentale). — M. le docteur Hammelrath (d'Ypres) vient de signaler à la Société médico-chirurgicale de Bruges une épidémie d'ophthalmie militaire régnant parmi les pensionnaires de l'hospice de Langhemarck; 67 pensionnaires sur 80 en sont atteints.

Lisbonne. — La Société des sciences médicales et naturelles s'occupe toujours de la discussion des divers points qui se rapportent à la question de l'ophthalmie de l'armée; déjà elle y a consacré plusieurs séances. — La compagnie, sur la proposition de M. Lima Leitao, a voté la traduction et l'insertion dans le journal qu'elle publie, de la lettre adressée par M. Cunier à S. E. M. le comte d'Azinhaga, et qui a paru dans le vol. XXIII des *Annales d'Oculistique*.

Florence. — Une infirmerie militaire toscane, destinée au traitement des militaires atteints de l'ophthalmie granuleuse régnante, vient d'être créée dans l'hôpital de Cestella. La direction en est confiée à un chirurgien-major autrichien très-expert. Les chirurgiens militaires toscans iront successivement s'y former à la cautérisation par le nitrate d'argent. Cette mesure, qui a été vivement critiquée par la presse italienne, qui y a vu une insulte pour les médecins toscans, est l'analogue de ce qui a été ordonné en Belgique en 1838, lorsque tous les médecins de régiment furent successivement envoyés à Namur pour se familiariser,

sous la direction de MM. Fallot et Loiseau, à la pratique des cautérisations. On sait quel immense bienfait il en est résulté pour l'armée belge. C — *p* —.

A nos abonnés.

— La maladie et la mort de M. Marchal, notre imprimeur, ont été pour nous la cause de nombreux et sérieux embarras, auxquels doit être rapporté le retard éprouvé par la publication de nos livraisons de mai, juin et juillet. Les deux premières n'ont pu être distribuées que dans les premiers jours du mois d'août; nous expédions aujourd'hui la dernière réunie à une livraison double pour les mois d'août et de septembre.

A partir de ce moment notre journal paraîtra avec la même régularité qu'autrefois. Il sera désormais beaucoup mieux imprimé, et la correction en sera également mieux soignée.

Le rédacteur en chef des Annales d'Oculistique.

8 octobre 1850.

CORRIGENDA.

Des fautes typographiques grossières, dues à la révision inexacte de la correction des épreuves que nous avions lues, existent dans notre livraison double de mai et juin. Nous signalerons surtout les suivantes :

P. 190, ligne 8 d'en bas, au lieu de : *qui se détraque,* lisez : *se contracte.*

P. 191, ligne 4 d'en haut, — *l'aspect d'une membrane,* lisez : *d'une marbrure.*

Ibidem, ligne 14 d'en haut, — *les granulations ne redeviennent saillants,* lisez : *ne redeviennent plus saillantes.*

P. 195, ligne 18 d'en haut — *à 3 lignes de l'ouverture,* lisez : de *l'insertion.*

P. 206. Les prescriptions formulées sous la date du 5 février, doivent être rétablies comme suit :

1° Pour le collyre : *Aq. dist.* ℥ij, *Aq. lauro-cerasi* ℈j, *Borac. ven.* ʒß, *Mucilag. sem. cidonior.* ℥ij.

2° Pour les poudres : *Ethiops antimon.* ʒij, *Resin. Guajac.* ʒj, *Magnes. ust.* ℈j. M. divid. in dos. aeq. n° xxx.

P. 212, ligne 11 d'en haut, au lieu de : *du ciseau de Cooper,* lisez : *des ciseaux de Cooper.*

P. 215. La dose de pulsatille, qui n'est pas indiquée dans la formule, est de ℥j.

P. 216, ligne 8 d'en haut, au lieu de : *multilobulaire,* lisez : *multiloculaire.*

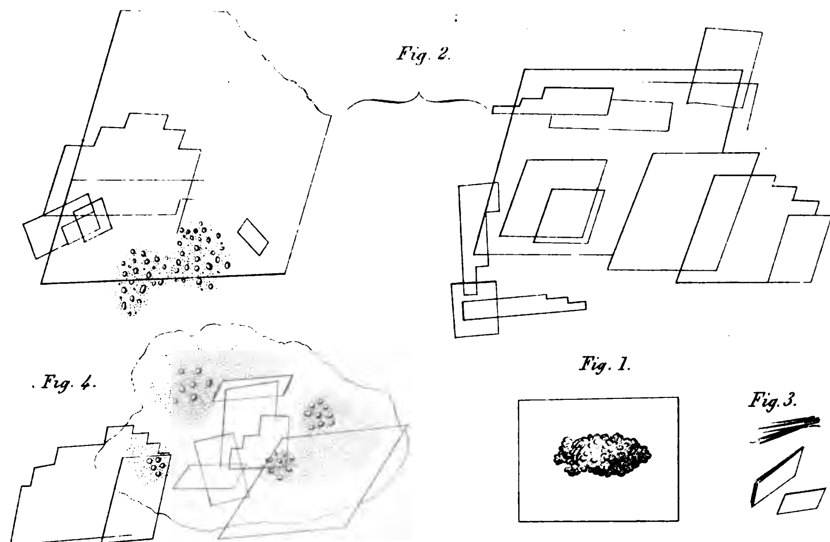


Fig. 5.



Fig. 6.

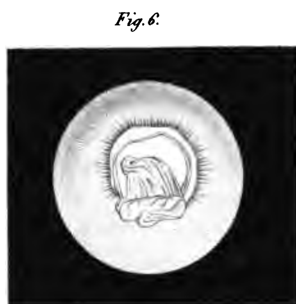


Fig. 7.

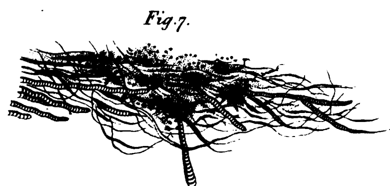


Fig. 8. a.

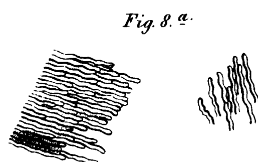
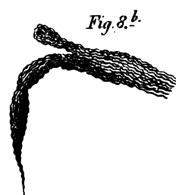


Fig. 8. b.



ANNALES
D'OCULISTIQUE.

Tome XXIV. — 4e série, Tome 6e, — 4e livraison.
31 OCTOBRE 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA SPINTHÉROPIE (SYNCHYSIS ÉTINCELANT);

Par le docteur SICHEL.

§ 1. La note de M. Blasius, insérée dans la livraison de janvier des *Annales d'Oculistique*, pp. 3-7, et l'observation nouvelle de spinthéropie (*synchysis étincelant*) que j'ai publiée dans la livraison d'août, pp. 49-60, me fournissent l'occasion de résumer la discussion sur cette rare et curieuse affection.

Dans toutes les maladies nouvelles ou peu étudiées, il convient de faire de temps à autre ce que j'appellerai l'inventaire de la science, c'est-à-dire, la récapitulation des faits certains et positivement acquis à la nosologie, d'en tirer les déductions capables d'éclairer l'état de la question et d'apprécier les progrès qu'elle a faits. En me livrant aujourd'hui à un pareil examen de la spinthéropie, après avoir étudié de nouveau, avec toute l'attention et toute l'impartialité possibles, l'ensemble des cas observés jusqu'ici, j'arrive aux résultats que j'exposerai dans cet article, et dont voici les conclusions sous forme de table des matières :

§ 2. Énumération des cas observés jusqu'ici.

§ 3. Division de la spinthéropie (*synchysis étincelant*) en deux groupes et quatre espèces, et observation complémentaire.

§ 4. Explication du phénomène de la scintillation par la présence de corpuscules matériels et mobiles.

§ 5. Nature et composition de ces corpuscules : ils sont formés de cholestérine, soit pure, soit comme enduit de lambeaux capsulaires et peut-être même hyaloïdiens.

§ 6. Siége du phénomène de la scintillation : il se passe le plus souvent dans le fond de l'œil, dans le corps vitré plus ou moins

liquéfié, plus rarement dans la cavité de la capsule cristallinienne, à la surface antérieure de cette membrane ou dans la chambre antérieure. Dans celle-ci, les corpuscules brillants ne paraissent s'être présentés jusqu'ici que secondairement, après avoir pris naissance dans la chambre postérieure. Toutefois, il devient probable qu'ils peuvent se développer dans toutes les membranes séreuses du globe oculaire et peut-être même dans ses épithéliums.

§ 2. *Énumération des cas observés.*

Je commencerai par l'énumération des cas observés jusqu'ici, classés d'après leur rang d'ancienneté et munis d'un numéro d'ordre, pouvant faciliter et simplifier les citations. Quand, dans les citations, ce numéro d'ordre en chiffres romains sera suivi d'un chiffre arabe, celui-ci indiquera la page du volume des *Annales d'Oculistique* mentionné dans la table ci-dessous, toutes les observations de spinthéropie ayant été ou publiées ou reproduites complétement par les *Annales*.

I. Parfait-Landrau (*Revue médicale* 1828, t. IV, p. 203, et *Annales d'Oculistique*, t. XV, p. 171).

II. Sichel (*Journal de Chirurgie* de Malgaigne, 1846, décembre, p. 356, et *Annales d'Oculistique*, t. XV, p. 167, et *Complément, Annales d'Oculistique*, t. XXIV, p. 59). Ce cas, publié quelques semaines après celui classé sous le numéro suivant (III), a été authentiquement observé quatre années avant lui ; il est donc réellement le second par rang d'ancienneté. Il a été le premier qui ait fourni la preuve de l'existence de corpuscules matériels comme cause du phénomène de la scintillation.

III. Desmarres (*Journal de Chirurgie*, 1845, novembre, p. 330, et *Annales d'Oculistique*, t. XIV, p. 220).—Sichel (*Annales d'Oculistique*, t. XV, p. 248, t. XVI, p. 79).—Stout (*Journal de Chirurgie*, 1846, août, p. 286, et *Annales d'Oculistique*, t. XVI, p. 74).

IV. Desmarres (*Revue médico-chirurgicale* de Malgaigne, 1847, août, p. 8, et *Annales d'Oculistique*, t. XVIII, p. 23).

V. Robert (*Gazette des Hôpitaux*, 1847, pp. 371 et 382 ; *Revue médico-chirurgicale*, 1847, p. 93, et *Annales d'Oculistique*, t. XVIII, p. 79).

VI. Guépin (*Annales d'Oculistique*, t. XIX, p. 117). Cas important, bien que rapporté très-brièvement. Il semble avoir échappé à l'attention des autres observateurs qui l'ont, à tort, passé sous silence.

VII. Pétrequin (*Annales d'Oculistique*, t. XX, p. 69, et *Gazette médicale de Paris*, 1848, p. 884).

VIII. Blasius (*Deutsche Klinik*, 1849, n° 1, et *Annales d'Oculistique*, t. XXIV, p. 49).

IX. Sichel (*Annales d'Oculistique*, t. XXIV, pp. 49-60). Dans ce cas, l'instillation de la belladone dans l'œil opéré n'a pas réussi jusqu'ici à dilater la pupille à un degré suffisant pour changer en rien les conclusions que nous avons tirées (p. 59).

X et XI. Desmarres (*Gazette des Hôpitaux*, 1850, n° 108). Simple annonce de deux nouveaux cas, et que nous ne citons que pour mémoire.

§ 3. *Division de la spinthéropie en deux groupes et quatre espèces.*

(Nous intercalerons dans ce paragraphe le complément inédit d'une observation déjà publiée.)

La maladie qui nous occupe a été appelée, d'après son phénomène principal, *synchysis étincelant* (*synchysis scintillans*), *apparition de paillettes* ou *corpuscules mobiles dans la pupille*, ou *scintillement pupillaire* (*scintillatio pupillae*). Le premier de ces noms nous avait paru jusqu'ici le meilleur, parce qu'il semblait indiquer les deux caractères pathognomoniques principaux ; mais un examen plus approfondi et une observation nouvelle (IX) nous ayant convaincu que le ramollissement du corps vitré n'est ni constant ni essentiel, un nom plus exact, plus court et applicable à toutes les espèces est devenu nécessaire. Celui de *spinthéropie* (σπινθήρ, *spinther*, étincelle, ὄψις, *opsis*, vision, organe de la vision, œil), c'est-à-dire *étincelles paraissant dans l'œil*, *scintillation de l'œil*, nous semble satisfaire à toutes les conditions d'une nomenclature rationnelle. D'abord, il désigne clairement le symptôme pathognomonique saillant et constant, celui de la scintillation dans l'organe visuel. De plus, il ne préjuge point la question du siége et de la composition matérielle des paillettes étincelantes, et, tout en répondant parfaitement à l'état actuel de nos connaissances, il pourra être conservé, quand bien même l'observation ultérieure découvrirait des espèces nouvelles où les corpuscules brillants seraient formés d'une matière autre que celle jusqu'ici reconnue et occuperaient une partie du globe oculaire dans laquelle ils n'auraient point encore été rencontrés auparavant.

On peut diviser cette affection en deux groupes, dont le premier

7.

se subdivise en trois espèces, et dont le second n'en a jusqu'ici qu'une seule.

A. Premier groupe.—Spinthéropie parfaite ou *proprement dite.* Apparition, soit dans le champ de la pupille, soit au devant de cette ouverture, soit derrière elle, de paillettes brillantes et étincelantes *libres,* c'est-à-dire, *n'étant point attachées par un point de leur circonférence à une partie quelconque de l'œil, qu'elles ne quittent pas,* par conséquent, changeant de place dans une étendue plus ou moins grande, s'éparpillant sous certaines conditions, en étant projetées dans des directions variables, et retombant plus ou moins profondément dans la partie de l'œil qu'elles occupent, où elles peuvent même disparaître temporairement.

Première espèce.— Spinthéropie parfaite postérieure. Le phénomène de la scintillation se passe seulement dans la chambre postérieure, soit dans le fond de l'œil, soit dans le champ de la pupille. Cette espèce comprend les observations I, III, IV et VIII.

Deuxième espèce.— Spinthéropie antéro-postérieure. La scintillation siége dans les chambres postérieure et antérieure en même temps, ou, du moins, les corpuscules étincelants passent de la première dans la seconde. Ici viennent se ranger les cas II et VI.

Troisième espèce.— Spinthéropie antérieure. La scintillation a lieu dans la chambre antérieure seule. Il en existe deux cas (VII et IX), et il n'est nullement prouvé que le phénomène ait eu primitivement et exclusivement lieu dans la chambre antérieure. Il me paraît, au contraire, extrêmement probable, et, pour l'observation qui m'est propre (IX), incontestable, que les paillettes luisantes se sont développées dans la chambre postérieure, comme dans les cas de la deuxième espèce (II et VI), et n'ont passé que plus tard dans la chambre antérieure.

B. Deuxième groupe, n'ayant jusqu'ici qu'*une seule espèce.—Spinthéropie imparfaite* ou *pseudo-spinthéropie.*—Ce groupe est caractérisé par des paillettes brillantes ou étincelantes *fixes,* c'est-à-dire, *attachées par un point de leur circonférence à une partie quelconque de l'œil, qu'elles ne quittent pas,* par conséquent, ne s'éparpillant point et ne disparaissant jamais complétement.

Il n'existe jusqu'ici qu'un seul cas de cette espèce (V), appartenant à M. Robert, qui a bien voulu me permettre d'examiner le sujet. J'ai été ainsi mis en état de compléter l'observation et d'émettre une opinion suffisamment motivée. Cette opinion n'est pas entièrement conforme à celle de M. Robert; cet honorable confrère

ne prendra pas en mauvaise part, j'en suis sûr, la franchise avec laquelle j'expose ma manière de voir.

Obs. — Le 8 août 1847, j'ai vu, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, la malade dont ce chirurgien a publié l'observation dans la *Gazette des Hôpitaux* (1847, p. 382) et dans les *Annales d'Oculistique* (XVIII, p. 79), sous le nom de *synchysis étincelant*. Je vais exposer minutieusement les phénomènes tels que je les ai vus; les lecteurs voudront bien auparavant relire l'observation de M. Robert. Je dirai de suite que ma première impression, après un examen superficiel et avant l'instillation de la belladone, était qu'une cause traumatique, qui avait passé inaperçue, avait abaissé le cristallin, actuellement pour la plus grande partie résorbé; que la capsule antérieure, lacérée par la même lésion traumatique, s'était opacifiée dans sa plus grande étendue et à différents degrés; que le phénomène des paillettes mobiles et brillantes se passait ici dans le feuillet antérieur de la capsule cristallinienne et non dans l'hyaloïde ou le corps vitré; que, par conséquent, la maladie n'était pas une spinthéropie parfaite ou proprement dite.

Avant l'instillation de la belladone, la pupille droite, peu large mais régulièrement circulaire partout, présentait en haut et en dehors un petit espace angulaire et limité par une ligne droite. Cette ligne était produite par une adhérence de l'iris avec la cristalloïde antérieure. Cette dernière, opaque à son pourtour en plusieurs endroits, semi-transparente ou transparente au centre, présentait une foule de petites paillettes luisantes. Je ne décrirai pas davantage les phénomènes que j'observai alors; car, M. Robert et moi, étant d'avis différents sur l'état des choses, lui croyant que les phénomènes se passaient dans les lambeaux de la membrane hyaloïdienne, moi les ayant rapportés à la cristalloïde antérieure, nous tombâmes d'accord d'observer ensemble après la dilatation artificielle de la pupille et de nous prononcer seulement après cet examen.

Ce sont les résultats de cet examen, auquel je me suis livré longuement à l'œil nu et à l'aide d'une bonne loupe, que je rapporte ici minutieusement.

L'ouverture pupillaire, modérément dilatée par l'extrait de belladone, conservait en haut et en dehors une échancrure formée par une petite ligne droite, d'où partait un petit triangle de pigmentum de l'uvée déposé sur la capsule antérieure adhérente en ce point. Au-dessus de ce petit triangle pigmenteux, la pupille était bordée par deux petits lambeaux opaques de la capsule, de forme irrégulièrement ovalaire; au-dessous de l'adhérence se trouvait un autre lambeau à peu près semblable. Disons de suite que ces lambeaux capsulaires, ainsi que les autres que nous aurons encore à décrire, avaient cela de particulier, qu'ils n'étaient ni placés exactement sur le même plan, ni opaques au même degré, et

qu'ils formaient l'un avec l'autre des angles à peine perceptibles pour certains d'entre eux, très-prononcés au contraire pour d'autres, et naturellement d'autant plus considérables que les lambeaux capsulaires étaient plus mobiles. C'est ce qu'on voit souvent lorsque la cristalloïde antérieure a été brisée ou déchirée, soit par une contusion de la tête ou de l'œil lors d'une blessure de cet organe, soit par une opération de cataracte pratiquée à l'aiguille. Dans la partie inférieure externe de la pupille se trouvait un quatrième lambeau capsulaire opaque, beaucoup plus grand, ovalaire, allongé de haut en bas et pointu à son extrémité supérieure, par laquelle il était suspendu. D'un aspect argenté ou nacré, très-brillant, comme recouvert d'une foule de petites paillettes ou écailles luisantes, il était très-mobile autour de son axe vertical, se relevant continuellement par son bord externe, pour se replacer de suite dans sa première position. Pendant ces mouvements de vacillation ou de ballottement, les petites paillettes qui recouvraient sa surface présentaient un reflet luisant comme celles observées dans les autres cas de spinthéropie.

Tout le reste de la pupille était occupé par la cristalloïde antérieure, transparente dans quelques endroits, semi-transparente dans d'autres, mais présentant attachées à sa surface une foule de petites paillettes brillantes, en tout point semblables à celles placées sur la surface du lambeau inférieur externe, mais plus minces, plus mobiles et en partie semi-transparentes. Cette semi-transparence indiquait suffisamment que, si la plupart de ces corpuscules brillants pouvaient être de la cholestérine pure, il devait y en avoir aussi une partie qui étaient formés de lambeaux capsulaires, recouverts ou non de cholestérine ou de fibro-albumine. Pendant chaque mouvement de l'œil une grande partie de ces paillettes tremblotaient et jetaient un reflet luisant, reflet que produisaient encore celles qui étaient immobiles; mais aucune de ces paillettes, chose très-facile à reconnaître, ne quittait entièrement sa place, comme cela a lieu dans la *spinthéropie parfaite* ou *proprement dite*. On pouvait reconnaître que la partie transparente et semi-transparente de la capsule se composait également de plusieurs lambeaux, soudés les uns aux autres, n'étant pas exactement placés dans le même plan et formant au contraire de légers angles entre eux.

A la partie inférieure interne de la pupille dilatée se trouvait un petit morceau de substance cristallinienne opaque, irrégulièrement arrondi, un peu anguleux, d'environ 4 millimètres de diamètre, attaché à la capsule et immobile.

Comme on l'a vu dans l'observation de M. Robert, la vision était nulle et le flottement de l'iris très-prononcé, circonstances qui, avec celles déjà rapportées, surtout la lacération évidente de la cristalloïde antérieure et la présence d'un petit morceau de cristallin, ne pouvaient s'expliquer, selon moi, que par une contusion de l'œil ou de son voisi-

nage qui avait passé inaperçue, comme cela arrive assez souvent.

Dans mon premier mémoire, j'ai déjà dit (II, p. 175) que j'ai observé quelquefois des taches brillantes, nacrées, argentées, dorées, sur la cristalloïde antérieure opaque; j'ai également rencontré de petits lambeaux flottants de cette membrane ayant les mêmes couleurs et un reflet luisant; mais jamais je n'ai vu des lambeaux cristalloïdiens mobiles, de cette couleur et doués de ce reflet brillant, se présenter en aussi grand nombre et avec des mouvements aussi vifs et aussi variés. Ce qui est essentiel pour notre sujet actuel, c'est que, pour mon œil, aucune de ces paillettes n'a jamais quitté complétement sa place. Attachées toutes, sans exception, à la cristalloïde, elles flottaient au devant de sa face antérieure sans la quitter ni s'éloigner beaucoup du plan pupillaire, quelque variés qu'aient été les incidences de la lumière et les rapports entre l'organe malade et l'œil de l'observateur; elles ont seulement changé de position, de couleur, de brillant sous l'influence des mouvements du globe, pendant lesquels elles étaient agitées par un tremblement plus ou moins vif. Lors de leur déplacement, elles ne devenaient jamais divergentes; jamais surtout elles ne se précipitaient dans le fond de l'œil et ne disparaissaient comme cela a lieu dans la spinthéropie parfaite. Voilà pourquoi, selon moi, ce cas doit être classé parmi ceux de spinthéropie imparfaite ou pseudo-spinthéropie et regardé comme l'un de ceux où le phénomène de la scintillation se passait à la surface de la capsule cristallinienne et non dans le corps vitré, ce qui ne lui ôte rien de son intérêt ni de son importance; il est au contraire d'une grande portée pour l'étude de la spinthéropie, comme on le verra tout à l'heure.

§ 4. *Explication du phénomène de la scintillation par l'existence de corpuscules réels reflétant la lumière.*

Deux opinions se trouvent ici en présence. L'une regarde la scintillation comme une simple réflexion de la lumière par les lambeaux de l'hyaloïde affaissée sur elle-même, sans existence de corpuscules matériels et brillants, par conséquent comme une espèce d'illusion d'optique (III, p. 223, et IV, p. 23). Celle-ci est définitivement mise hors de cause, comme insoutenable et réfutée par les faits de la deuxième espèce où les paillettes brillantes passaient visiblement d'une chambre oculaire dans l'autre, et par ceux de la troisième espèce où elles ont été observées dans la chambre antérieure et, une fois (IX), extraites et soumises à l'examen direct. Il y a sur ce point presque unanimité parmi les observateurs, et il est étonnant qu'on ait pu défendre obstinément une erreur aussi palpable.

L'autre opinion attribue le scintillement à la présence de corpuscules matériels, lisses et très-polis, réfléchissant la lumière comme autant de petits miroirs. Celle-ci s'offrait très-naturellement et pour ainsi dire spontanément par la simple considération des phénomènes observés dans le premier cas de la seconde espèce (II). Elle a été d'abord établie par moi (II), puis confirmée par les recherches microscopiques de M. Stout (III), qui, en place d'un phénomène de réflexion, y voyait un phénomène de réfraction, chose possible pour certains cas, mais erronée dans l'espèce, comme le prouve ma dernière observation (IX), où les corpuscules extraits étaient opaques et, par conséquent, pouvaient réfléchir, mais non réfracter la lumière. La doctrine de la matérialité des corpuscules spinthéropiques a encore été avérée par deux observations nouvelles de la même catégorie publiées par MM. Guépin (VI) et Pétrequin (VII), par celle de M. Robert (V) et, enfin, par les conclusions de M. Pétrequin (VII). Les faits parlent ici assez haut pour qu'une discussion ultérieure devienne parfaitement inutile. On a prétendu, mais sans apporter la moindre preuve à l'appui, — sans doute aussi pour évincer une observation incommode et contrariante dont on ne pouvait contester l'exactitude et la priorité authentique, et qu'on avait trouvé bon de passer sous silence, — que les cas de la seconde espèce différaient des autres quant à leur nature intime. Leur parfaite identité, au contraire, ressort de la lecture des observations, et de leur comparaison avec le dernier cas publié par nous (IX).

§ 5. *De la nature anatomique et de la composition chimique des paillettes luisantes : la cholestérine les constitue pour la plus grande partie, probablement même souvent en entier.*

M. Malgaigne le premier (III, p. 223), ayant trouvé de la cholestérine dans l'œil, a soupçonné que cette matière pourrait bien former les paillettes caractéristiques de la spinthéropie. Me fondant sur l'existence positive d'une hydrophthalmie et sur la destruction de la membrane hyaloïde dans le fait observé par moi (II), sur l'intégrité de l'appareil cristallinien dans la plus ancienne observation (I), je regardai les corpuscules flottants et étincelants comme de petits lambeaux de l'hyaloïde (II, p. 175). Toutefois, je n'excluais pas la possibilité que de petits débris capsulaires et de la cholestérine pussent concourir à la formation des paillettes. Je disais expressément (*Annales d'Oculistique,* XV, p. 175, en bas) :

« J'ai vu plusieurs fois, dans certaines cataractes capsulaires, de semblables paillettes jaune doré et luisantes incrustées dans la cristalloïde antérieure; il est possible qu'outre la fibro-albumine, il se dépose, comme le soupçonne M. Malgaigne, de la cholestérine dans ces petites portions capsulaires et hyaloïdiennes. »

C'était là tout ce qu'on pouvait dire dans l'état de la question, et je ne crois pas avoir été bien éloigné de la vérité. Les dissections manquant complétement, je me suis bien gardé d'être affirmatif sur un point que l'aspect seul des corpuscules flottants, non extraits de l'œil, ne pouvait trancher, et j'ai laissé la place libre à toutes les opinions et surtout à des recherches ultérieures.

Aujourd'hui la question, après avoir été successivement élucidée par les recherches chimiques de M. Bouisson (*Annales d'Oculistique*, XVIII, p. 27, et *Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences*, 1847, juillet, p. 1205), par les observations et réflexions de MM. Robert (V), Pétrequin (VII) et Blasius (VIII), est arrivée à sa solution par les résultats de notre dernière observation (IX). M. Bouisson a trouvé que le corps vitré contient une matière grasse. M. Robert a fourni un cas où des paillettes luisantes, selon lui composées de cholestérine, selon moi formées au moins en partie de débris cristalloïdiens recouverts de cette matière, flottaient attachées à la cristalloïde antérieure. Il ne leur manquait que la lacération complète de cette membrane pour pouvoir se précipiter dans le fond de l'œil et produire une spinthéropie parfaite, c'est-à-dire, pour passer de notre second groupe dans le premier. MM. Pétrequin et Blasius ont été très-explicites sur l'existence de la cholestérine dans la spinthéropie. Ce dernier dit (VIII, p. 4) :

« Ce phénomène me rappela de la manière la plus frappante l'aspect qu'offre le liquide d'une hydrocèle, lorsqu'il s'y rencontre beaucoup de cholestérine. »

Dès 1847, il rapporta le scintillement à la présence de la cholestérine dans l'œil; mais il a été démontré positivement par notre dernière observation (IX) que la cholestérine forme presque exclusivement ces paillettes mobiles, qu'elle y est déposée dans une trame albumineuse, dont la composition varie probablement, et qui peut quelquefois, comme je l'ai supposé de prime abord, et comme le prouve l'observation V, contenir des débris hyaloïdiens ou cristalloïdiens. Il est probable aussi, sinon incontestable, que,

dans certains cas, la cholestérine peut seule constituer ces petites lamelles brillantes, sans le concours de trame albumineuse ni de lambeaux hyaloïdiens ou capsulaires.

§ 6. *Où se passe le phénomène de la scintillation?*

Si, sur la matérialité des paillettes étincelantes, les observateurs sont arrivés depuis assez longtemps déjà à une opinion presque unanime; si, quant à la composition chimique de ces corpuscules, ils sont mis d'accord maintenant par les cas (IX, X, XI), où l'on a pu extraire ces derniers et les soumettre à l'examen microscopique, il en est autrement du siége de ces lamelles scintillantes, sur lequel les opinions sont et resteront encore longtemps très-divisées. Elles ne s'accorderont probablement qu'après des recherches prolongées et assidues, et surtout lorsque des dissections seront venues fournir des données nouvelles et plus positives.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, le siége primitif du scintillement et des corpuscules qui le produisent a été, selon nous, derrière la pupille. Ils n'ont changé de place que secondairement, en passant par cette ouverture dans la chambre antérieure, comme on a pu le voir distinctement dans notre dernière observation (IX). Nous ne pouvons admettre avec M. Blasius que les paillettes luisantes se meuvent toujours dans l'intérieur de la capsule cristallinienne, bien que nous partagions jusqu'à un certain point son opinion que ces corpuscules peuvent quelquefois se développer dans la cavité du sac capsulaire. Nous ajoutons qu'on les a, une fois (V), même vus se former à la surface antérieure de la capsule cristallinienne.

Il nous paraît certain que les paillettes spinthéropiques ont jusqu'ici toujours pris leur origine derrière la pupille, c'est-à-dire, dans les parties du globe oculaire circonscrites entre le plan pupillaire et le fond de l'œil; mais nous croyons impossible d'assigner à leur formation une localité plus restreinte et unique, que ce soit le corps vitré, ou la cavité de la capsule, ou l'une des membranes oculaires dans son ensemble ou en partie. Au contraire, l'observation impartiale prouve qu'il n'y a rien de constant dans le siége des corpuscules étincelants. Dans la majorité des cas, ils ont été évidemment formés dans le corps vitré, comme on pouvait d'ailleurs le supposer, dès qu'il était prouvé, d'une part, qu'ils étaient composés de cholestérine, et, d'autre part, que le corps

vitré contient une matière grasse (Bouisson. *loc. cit.*); mais dans l'observation V on les voyait se développer sur des lambeaux capsulaires; dans les observations VIII et X, on croyait qu'ils venaient de la cavité capsulaire, et dans l'observation IX, il est impossible de décider si les paillettes, très-manifestement formées derrière la pupille, venaient du fond de l'œil (de la cavité choroïdienne et de la membrane de Jacob), de la cavité de la capsule cristallinienne, de la face antérieure de cette membrane ou de la face postérieure de l'iris. Il devient donc probable que les paillettes spinthéropiques peuvent naître dans l'œil partout où il existe soit une membrane séreuse, telle que la cristalloïde, soit une membrane sub-séreuse, telle que les épithéliums, la membrane de Jacob ou couche des baguettes, etc. L'avenir fera même très-probablement connaître des cas où les lamelles scintillantes se forment primitivement dans l'épithélium de la face antérieure de l'iris, et par conséquent dans la chambre antérieure, bien que jusqu'ici cela ne soit point prouvé.

Les cas observés jusqu'aujourd'hui, considérés d'après leur siége, se groupent d'une manière qui ne permet aucunement, je le répète, d'admettre que les corpuscules spinthéropiques se développent constamment, comme le pense M. Blasius, dans la cavité de la membrane cristallinienne, ni même qu'ils s'y développent le plus souvent. Au contraire, tout nous porte à croire qu'on ne les rencontre que très-exceptionnellement dans l'intérieur du sac capsulaire.

Pour fournir la preuve de ce que nous avançons et établir incontestablement que, jusqu'ici, la spinthéropie, sur onze fois, a tout au plus une ou deux fois eu son siége dans la cavité de la cristalloïde, et qu'elle s'est le plus ordinairement montrée dans le corps vitré liquéfié, il suffira d'un résumé rapide de toutes les observations actuellement connues, classées d'après les régions de l'œil qu'occupaient les paillettes brillantes.

I. *Spinthéropie siégeant dans le corps vitré.* — A cette catégorie appartient la majorité des cas (obss. I, II, III, IV, VI, VII, VIII) :

1° Dans un cas (I) l'appareil cristallinien conservait toute son intégrité. « Le malade lisait sans lunettes ; la scintillation se fai- » sait au fond de la chambre postérieure, à une distance qui ne » pouvait donner aucun doute que les corps voltigeaient dans » l'humeur vitrée. »

Voilà donc avant tout une observation où le siége du scintille-

ment ne pouvait être dans l'intérieur de la capsule cristalloïdienne.

2° Dans presque tous les autres cas, il existait des signes non douteux, soit de liquéfaction du corps vitré, quelquefois accompagnée de diminution de la consistance du globe, soit, du moins, de l'absence ou de la destruction du cristallin. Le plus ordinairement on voyait un tremblement évident de l'iris (*iridodonesis*), indication du ramollissement du corps vitré, de sa liquéfaction ou de la diminution de sa quantité. Une fois (II) une hydrophthalmie véritable était arrivée à un degré avancé. Il est vrai que dans ce cas, qui m'appartient, pour me servir des paroles de M. Blasius (VII, p. 5, en bas), « la membrane que je dus déchirer obstruait la pupille » elle-même ; » mais ce chirurgien distingué a oublié toutes les autres circonstances capitales et caractéristiques de ce fait unique en son genre, circonstances qu'il est indispensable de rappeler. Dès la première opération *je ne trouvai pas de cristallin,* vu qu'il était résorbé. Dans une seconde opération, je rencontrai, à une certaine distance derrière la première fausse membrane constituée sans doute par les feuillets capsulaires soudés ensemble, *une seconde fausse membrane* qui devait être formée aux dépens de l'hyaloïde, et que je perforai avant de donner issue au liquide charriant les paillettes étincelantes. Ce liquide ne pouvait, par conséquent, tirer son origine que du corps vitré liquéfié. « M. Sichel, continue M. Blasius, ne se préoccupait pas, ce qui » est réellement inconcevable, du cristallin ; » mais comment pouvais-je m'en préoccuper, puisqu'il était évidemment résorbé, ainsi que cela a lieu dans la plupart des cas d'hydrophthalmie avancée avec atrophie commençante du globe? Notre savant confrère était sans doute lui-même trop préoccupé de son idée pathogénique, et avait mal lu ou mal retenu mon observation, qui est une de celles où la spinthéropie avait le plus incontestablement son siége dans le corps vitré.

Dans un certain nombre de cas de spinthéropie, le corps vitré et l'appareil cristallinien avaient été lacérés ou broyés soit par l'aiguille à cataracte (II, III, IV, VI), soit par une lésion traumatique (VII). Or, qu'arrive-t-il constamment dans les opérations de broiement et d'abaissement du cristallin et lors de la formation de cataractes traumatiques? Le corps vitré perd sa consistance et se transforme en un liquide plus ou moins semblable à l'humeur aqueuse. Les feuillets de la cristalloïde sont détruits en partie ou

en entier, ou se rapprochent l'un de l'autre et de la face antérieure du corps vitré. Par conséquent il n'existe plus de cavité capsulaire dans laquelle le scintillement puisse avoir lieu. L'opinion de M. Blasius ne peut donc ici être fondée dans la réalité, la capsule cristallinienne devant être détruite ou sa cavité oblitérée dans cette catégorie.

Dans un cas (III, *Annales d'Oculistique*, t. XVI, p. 69), lors de l'observation microscopique des corpuscules spinthéropiques sur le vivant, « on plaçait l'objectif de manière à obtenir le foyer » dans l'humeur vitrée, » preuve évidente que ces corpuscules flottaient dans cette humeur et non dans la cavité capsulaire.

La liquéfaction du corps vitré a quelquefois aussi précédé l'opération de cataracte, et, alors, s'est manifestée (IV) pendant celle-ci par « l'écoulement d'une petite partie du corps vitré au travers » de la piqûre de la sclérotique; un liquide vitreux et filant s'é» chappe et tombe sur la joue en assez grande quantité pour que » l'œil perde notablement de sa consistance. » Ici donc, à la liquéfaction antérieure du corps vitré est venue s'ajouter la lacération ou la destruction de la capsule cristallinienne dont les lambeaux, devenus luisants par un enduit de la matière grasse sécrétée dans le corps vitré, c'est-à-dire par de la cholestérine, ont pu flotter et étinceler au fond de l'œil. Il n'y aurait eu rien d'étonnant, l'hyaloïde ayant été rompue, si plus tard ces paillettes brillantes avaient passé dans la chambre antérieure comme dans les cas de la seconde et troisième espèce (II, VI, VII, IX).

Il n'y a également rien de surprenant que, dans d'autres cas, les corpuscules luisants et mobiles confinés dans la chambre postérieure n'aient pu franchir la pupille, même lorsqu'on couchait les malades sur le ventre et sur la face, ou qu'on leur faisait fortement incliner la tête en bas. Il y a des cas de broiement et surtout d'abaissement de la cataracte, où l'hyaloïde et la cristalloïde postérieure, simplement ouvertes par une déchirure verticale, se cicatrisent, recouvrent leur intégrité et forment une barrière infranchissable entre la partie de l'œil qui contient les paillettes étincelantes et les chambres postérieure et antérieure. Le fait de cette cicatrisation de la cristalloïde postérieure est parfaitement avéré par l'anatomie pathologique, et connu de tous ceux qui ont fait des dissections d'yeux malades.

Il est probable que, dans les cas de spinthéropie du corps vitré,

les lames cholestériques ne se forment pas toujours dans ce corps, mais viennent aussi quelquefois de la cavité de la choroïde ou de celle de la membrane de Jacob (couche des baguettes). Dans l'hydropisie sous-choroïdienne, un liquide séreux sécrété dans le sac de la membrane de Jacob refoule la rétine en avant, la comprime et quelquefois la déchire. Ce liquide, le plus souvent jaune citron, contient quelquefois de très-petits corpuscules flottants auxquels, dans quelques cas, on a pu reconnaître une forme cristalline. Il me paraît probable qu'ils peuvent être formés de cholestérine et produire par leur flottement la spinthéropie qui alors ne serait que le symptôme d'une hydropisie sous-choroïdienne. Dans ma dernière observation (IX), j'ai pensé un instant qu'il s'agissait d'une pareille hydropisie sous-choroïdienne terminée par la rupture de la rétine et de la cristalloïde et le passage des paillettes cholestériques dans la chambre antérieure; mais la marche de la maladie n'a point confirmé cette opinion, et l'étroitesse de la pupille a d'ailleurs empêché l'observation satisfaisante des phénomènes qui se passaient au fond de l'œil.

II. *Spinthéropie siégeant dans la cavité capsulaire.* — Dans un seul cas (VIII), celui de M. Blasius, il n'y a eu ni opération de cataracte, ni lésion traumatique; mais outre des exsudations partielles dans la pupille, il existait une amaurose complète avec flottement très-prononcé de l'iris. Bien que la consistance du globe fût normale ici et que le scintillement eût son siége immédiatement derrière la pupille, il y a tout lieu de croire que les paillettes brillantes se mouvaient dans le corps vitré ramolli. On sait que dans l'amaurose ancienne et complète le corps vitré se liquéfie souvent. Dans l'obs. VIII, la spinthéropie était accompagnée d'amaurose et de flottement très-prononcé de l'iris; il est donc rationnel de croire que la scintillation se passait dans le corps vitré liquéfié. Rien du moins ne vient appuyer solidement l'opinion que les corpuscules brillants se mouvaient ici dans la cavité capsulaire. En tout état de choses, il ne s'agit ici que d'un cas isolé; car le résultat conforme, annoncé dans l'obs. X, ne peut être invoqué jusqu'à ce que les détails de cette observation soient publiés. Nous croyons donc inutile de réfuter davantage l'opinion de M. Blasius, que, bien loin de taxer d'erronée, nous regardons uniquement comme trop absolue et trop exclusive. Sans douter de l'existence de la spinthéropie ayant pour siége la cavité capsulaire, nous la regardons comme très-rare et non encore positivement prouvée jusqu'ici; et nous

ne l'admettons que provisoirement et pour lui réserver sa place dans le cadre nosologique.

III. *Spinthéropie siégeant à la surface antérieure de la membrane cristalloïde.* — L'obs. V, à elle seule, constitue encore une autre catégorie de spinthéropie, celle que nous avons nommée *imparfaite* ou *pseudo-spinthéropie.* Les paillettes brillantes ici sont formées par de petits lambeaux capsulaires mobiles, mais encore fixés par un point de leur circonférence et probablement recouverts de cholestérine. Nous avons souvent vu quelque chose de semblable, c'est-à-dire des taches luisantes, nacrées, métalliques, soit sur des cataractes capsulaires ou capsulo-lenticulaires, comme nous l'avons déjà dit, soit sur des cataractes capsulaires secondaires à des opérations de broiement ou d'abaissement; mais jamais nous n'avons vu des lambeaux capsulaires luisants et nacrés aussi nombreux que dans l'obs. V. Les faits de cette nature, avec l'obs. V, viennent à l'appui de l'opinion de M. Blasius, que les paillettes de cholestérine peuvent être formées sur la cristalloïde ou dans sa cavité. Il me semble probable aussi que, sous de certaines circonstances encore inconnues jusqu'ici, des parcelles de la substance corticale du cristallin peuvent être transformées en cholestérine ou en substance analogue d'un éclat nacré et métallique, ou que les portions les plus superficielles de la substance corticale peuvent prendre une forme et un éclat métallique semblables à ceux des paillettes spinthéropiques. Quelque chose d'analogue a eu lieu dans un cas qui fait le sujet de la note suivante, conservée depuis mai 1840 dans mes cartons.

« La pièce n° 37 de ma collection d'anatomie pathologique oculaire est le noyau d'un cristallin, conservé dans l'alcool affaibli depuis 1832. Il était primitivement transparent, d'une teinte jaune d'ambre assez claire. Sa substance corticale était partiellement opaque et gris blanchâtre. Par le séjour dans l'alcool, l'ensemble de ce cristallin a pris une teinte jaune brunâtre foncée et un léger éclat métallique. Sa capsule était normale. Dans certaines positions, cet éclat jaune doré est très-marqué. Il réside très-évidemment dans les couches corticales actuellement les plus extérieures et qui sont sur le point de se détacher par déhiscence (les couches primitivement externes de la substance corticale ont été enlevées en 1832). Cette teinte jaune doré de l'ancien noyau explique bien celle du centre de certaines cataractes lenticulaires, ainsi que les taches dorées de certaines cataractes capsulaires. »

IV. *Spinthéropie antérieure, où les paillettes luisantes occupent la*

chambre antérieure. — Dans aucune des observations de cette catégorie (VII et IX) il n'existe des circonstances qui prouvent le siége des corpuscules scintillants dans la cavité capsulaire. L'obs. VII a déjà été analysée ci-dessus dans les faits de la première catégorie; l'obs. IX constitue à elle seule la suivante.

V. *Spinthéropie de siége douteux.* — Dans une dernière observation (IX), l'étroitesse de la pupille, en rendant l'exploration du fond de l'œil excessivement difficile, me force de suspendre tout jugement ultérieur sur la partie de la chambre postérieure et du fond de l'œil où les corpuscules brillants se sont primitivement développés.

Ici se terminent mes considérations sur la spinthéropie. Je laisse à l'avenir le soin de les confirmer ou de les infirmer.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION PRATIQUE DU PHOSPHÈNE OU SPECTRE LUMINEUX OBTENU PAR LA COMPRESSION DE L'ŒIL;

par le docteur SERRE (d'Uzès),

Membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., à Alais.

(SUITE. Voir la livraison de juillet, pp. 31-58.)

§ II. — *Du phosphène dans la myopie et dans la presbytie.*

La confusion de la vue chez les myopes a été expliquée par une réfraction trop brusque des rayons lumineux dont les cônes se terminent, chez eux, en deçà de la rétine, et qui, divergeant de nouveau lorsqu'ils arrivent à elle, ne reproduisent que par des cercles, empiétant les uns sur les autres, les points éclairés d'où ils émanent. La vue est alors d'autant plus troublée que la dispersion des rayons lumineux se fait sur un point du corps vitré plus éloigné de la rétine. Faut-il attribuer ce changement à la composition modifiée des milieux réfringents, à la conformation vicieuse du bulbe dans son ensemble, ou seulement de la cornée ou du cristallin? Des faits précis, des expériences sérieuses manquent encore pour justifier suffisamment l'une ou l'autre de ces hypothèses; mais on a remarqué que les myopes, en général, ont les yeux plus saillants que les presbytes: la confusion de leur vue peut donc remonter à la perte de la faculté d'accommodation aux distances, puisqu'il y a un point plus ou moins rapproché où il leur est permis de voir distinctement.

Cette théorie, qui est d'autant plus universellement admise qu'elle

est confirmée par le fait du retour à la vue claire, lorsque le cône visuel est extérieurement modifié avant de pénétrer dans l'œil en passant à travers un verre concave, nous autorise à considérer la rétine comme totalement étrangère aux causes ordinaires de la myopie, et concorde ordinairement avec les résultats fournis par les phosphènes, qui, chez les sujets dits à vue basse, se montrent même au contraire plus vifs, plus complets que dans l'état normal.

Le phosphène nasal et les orbitaires semblent égaler le temporal en constance, en vivacité et parfois en grandeur; il ne faut cependant pas en conclure que la rétine des myopes est plus sensible que celle des personnes à vue normale, le fait pouvant s'expliquer, à notre avis, par la plus grande saillie de l'œil, qui rend sa compression plus facile, en permettant de l'exercer sur des parties plus éloignées de la cornée et plus rapprochées du fond de l'orbite.

De pareils faits sembleraient infirmer complétement l'opinion émise par M. V. Stœber, professeur distingué de la Faculté de Strasbourg, qui pense que la cause prochaine de la myopie réside peut-être quelquefois dans une altération particulière de la rétine, à moins d'admettre une complication de la myopie ou vue basse avec l'amblyopie ou amaurose commençante.

Bien des fois, il est vrai, nous avons été à même de rencontrer un état amblyopique, mais plutôt comme effet que comme complication de la myopie, surtout lorsque cette maladie affectait inégalement les deux yeux : dans ce cas, l'œil le plus myope est ordinairement regardé comme le plus faible et atteint d'amblyopie. L'inégale portée des deux yeux amène sur un champ indéfini une confusion permanente des objets; la rétine ne tarde pas à en souffrir, ainsi que l'ensemble des globes oculaires; car, ceux-ci s'efforçant de s'accommoder pour la vue distincte et ne la trouvant nulle part, s'épuisent en efforts inutiles. Viennent ensuite la céphalalgie, les vertiges et enfin l'apparition spontanée des étincelles et des flammes : à ce point et sous cette forme, la maladie nous semblerait mériter le nom de *myopie larvée*, c'est-à-dire cachée sous l'apparence amblyopique.

Il est deux moyens à l'aide desquels le praticien peut, à travers ce masque trompeur, reconnaître la véritable cause du trouble visuel et rassurer immédiatement le malade en améliorant promptement sa vue. Le premier est relatif à la production des phosphènes, dont les orbitaires et quelquefois le nasal sont peu appréciables ou font entièrement défaut si la rétine est essentiellement affectée.

Le second consiste dans l'essai des verres concaves à foyers différents qu'on pourra, de prime abord, déterminer par la distance à laquelle s'opère la vue distincte pour chaque œil.

Dès l'instant où l'un et l'autre sont pourvus de verres appropriés à leurs différentes portées, la vision s'exécute distinctement et en peu de temps ; la rétine, surexcitée d'abord, se calme et revient ensuite à son état naturel ; la céphalalgie, les vertiges, les étincelles et les flammes ne reparaissent plus.

Nous avons dit que, dans cette espèce de myopie, l'œil le plus affecté de vue basse était considéré comme le plus faible par le malade et même par le médecin, lorsqu'ils n'avaient pas pris la peine de vérifier avec soin cette différence. Le témoignage du phosphène atteste au contraire que la rétine de cet œil aurait plus d'acuité perceptive que celle du côté opposé : l'épreuve par les verres n'infirme pas la valeur du signe lumineux.

Obs. I. — Une pauvre mère éplorée vint, il y a près d'un mois, nous amener son fils atteint de cécité très-avancée et remontant déjà à plusieurs années, nous suppliant d'avance de ne pas laisser percer devant lui les craintes que nous inspirerait sans doute son état. C'était un jeune homme de 17 ans, habitant la commune de Saint-Privat-des-Vieux ; la vue était diffuse au point de ne pouvoir se conduire. Les yeux étaient saillants, la pupille du côté gauche plus dilatée que celle du côté droit ; l'une et l'autre étaient médiocrement mobiles ; les milieux réfringents sans altération appréciable dans leur transparence. Le malade se plaignait surtout de l'affaiblissement de la vue du côté droit, il lui était impossible d'écrire et encore moins de lire, même les gros caractères, à quelque distance de l'œil que se trouvât le livre. Nous interrogeâmes de suite les phosphènes : ils se montrèrent immédiatement à la première pression, mais notablement plus marqués à droite qu'à gauche. Encouragé par cette épreuve, nous nous mîmes à étudier la portée séparée de chaque œil : le droit voyait distinctement à 4 centimètres et le gauche à 8. Il s'agissait donc évidemment d'une myopie inégale larvée ; aussi, du premier coup et sans tâtonnements, nous disposâmes si bien les verres de la lunette d'essai à la convenance de chaque œil, que la vue fut ramenée *illico* à la portée ordinaire, et qu'en cet état les yeux pouvaient fonctionner ensemble ou séparément avec la netteté d'une vue à peu près normale, surtout pour le droit.

Dans la presbytie, lorsque les deux yeux en sont affectés, l'anneau entopsique se comporte à peu près comme dans la vue normale ; mais s'ils le sont à des degrés différents, si l'un d'eux est presbyte

et l'autre myope, et tous les deux à un degré avancé, il survient dans l'œil et la vue des changements morbides analogues à ceux dont nous avons parlé à l'occasion de la myopie larvée ou inégale. Les faits suivants justifieront cette assertion.

Obs. II. — M. W... de S..., un de nos bons amis, se plaignait à nous, il y a quelques jours, du mauvais état de sa vue, et surtout de son extrême affaiblissement dans l'œil droit. Il en était vivement affecté et il eût volontiers fait un grand sacrifice pour la conservation de cet œil, tant il croyait sa perte prochaine. Examiné attentivement et soumis à l'exploration du phosphène, les anneaux parurent aussi complets et aussi lumineux de ce côté que dans l'organe opposé : nous pûmes donc le rassurer tout d'abord sur l'état de la rétine; puis, les milieux étant parfaitement diaphanes, nous l'engageâmes à suivre la pointe de l'aiguille de notre opsiomètre, dont nous donnerons une description à la fin de cet article; insensiblement éloignée jusques au moment où elle parut simple, elle nous donna $0^m,70$ pour l'œil droit et $0^m,60$ pour l'œil gauche. Dès lors nous eûmes l'assurance de trouver, dans des verres choisis pour chacun des yeux, un moyen certain de les ramener à une portée unique et d'élever la faculté visuelle de l'œil droit à la hauteur de la faculté visuelle de l'œil gauche, résultat final qui n'avait jamais pu être obtenu avec une monture armée de verres à foyers égaux. Dès que les yeux furent convenablement servis, l'un par une lentille n° 21, et l'autre par une lentille n° 19, leurs fonctions se rétablirent de façon que M. W... n'eut qu'à s'applaudir de nous avoir confié ses craintes, et nous fûmes heureux nous-même d'être parvenu par un moyen si simple à les dissiper.

Obs. III. — Un notaire, âgé de 48 ans environ, vint nous consulter pour une affection amblyopique dont il se croyait atteint. Il entra dans notre cabinet en véritable aveugle, conduit par la main de son fils. Divers traitements, conseillés et dirigés par des confrères instruits, étaient restés sans résultat malgré leur activité et leur longue durée. M.*** ne pouvait ni lire les caractères d'imprimerie, ni écrire une seule ligne sans enchevêtrer les mots et les lettres elles-mêmes : tout était confus autour de lui, au point qu'il heurtait les divers objets qui se trouvaient sur son passage. Son état moral était déplorable : le plus profond découragement s'était emparé de son âme. Les pupilles étaient peu mobiles et dans un état moyen de dilatation; la gauche avait un peu plus d'ampleur. Le phosphène temporal se manifesta très-nettement; les autres de même, excepté le sus-orbitaire : nous en conclûmes que la rétine jouait un rôle très-secondaire et que nous devions chercher ailleurs la cause efficiente de la perte de la vue. Après d'inévitables tâtonnements, des essais variés de vision avec un œil, puis avec l'autre, nous acquîmes la conviction de l'existence d'une myo-presbytie. Alors nous mîmes au devant des yeux

une lunette portant d'un côté un verre convexe et de l'autre un verre concave, celui-ci correspondant à l'œil presbyte et le premier à l'œil myope. Le patient, épouvanté du résultat de cette épreuve, nous en témoigna son mécontentement. « Du courage! répondîmes-nous, nous nous » sommes probablement trompé en posant la lunette dans ce sens, » retournez-la et peut-être serez-vous moins désappointé. » Il serait difficile de reproduire les expressions touchantes de joie et de bonheur qu'il fit éclater; sans opération, sans remèdes, une lunette, une simple lunette transformait son existence en lui rendant tout entier le bienfait de la vue! Trois mois à peine écoulés, M.*** abandonna son appareil optique, et depuis lors les yeux reposés par cet instrument ont repris intégralement leur fonction. Ainsi se termina cette anomalie pathologique qui eût fini peut-être par une amblyopie amaurotique.

Les cas de ce genre sont moins rares qu'on ne pourrait le supposer. Nous nous bornerons à en mentionner deux autres : l'un a été observé chez une dame d'Alais et le second chez un respectable curé.

Dans le traitement auquel fut soumise la première, rien ne fut épargné ni oublié en remèdes actifs : mercure jusqu'au ptyalisme, large séton à la nuque, noix vomique, strychnine, purgatifs, pommade de Gondret, etc., etc., et malgré ce concours imposant de moyens énergiques supportés avec une résignation et une patience peu communes, le mal allait toujours croissant. Il ne fut définitivement connu, arrêté et vaincu qu'après une exploration attentive faite par l'intermédiaire des anneaux de la rétine, les essais séparés de vision, et l'usage des verres myopes et presbytes accommodés aux dispositions presbytes et myopes de chaque œil. L'harmonie de fonction rétablie, Mad.*** a repris ses petits travaux, auxquels jusqu'à ce jour elle a pu se livrer, grâce à ses précieuses lunettes.

Le digne curé n'eut pas à subir les péripéties de traitements intempestifs. Il attendait sans rien faire que sa vue revînt comme elle s'en était allée, lorsqu'un ami le décida à prendre l'avis d'un médecin : ici, mêmes moyens d'exploration, mêmes essais de verres, même succès.

En résumé, la rétine est étrangère aux causes de la myopie et de la presbytie; elle conserve son aptitude fonctionnelle attestée par la présence des phosphènes qui, dans la première de ces aberrations de la vue, se produisent souvent mieux dessinés que dans la vue normale, à cause peut-être d'une plus grande tension

et d'une plus forte saillie de l'œil. Ils doivent servir à l'ophthalmologiste à exclure l'idée d'une complication amaurotique, lorsque la myopie est arrivée au point de simuler une amblyopie par ses progrès successifs, parallèles et non parallèles, ou qu'elle s'est combinée avec la presbytie avancée et inégale, et à faire chercher ailleurs que dans la rétine la raison de l'affaiblissement de la vue (1).

§ III. — *Du phosphène dans l'amaurose.*

Le *phosphène* se manifestant constamment dans la vue normale, dans la myopie et la presbytie, et généralement dans les cas où la rétine a conservé sa sensibilité fonctionnelle, il devient intéressant de savoir comment il se comporte dans la cécité, et si son absence totale et prolongée peut constituer le caractère pathognomonique de la paralysie de la rétine.

M. Sichel, professeur d'ophthalmologie, observateur profond, praticien habile, dans son *Traité sur l'Ophthalmie, la Cataracte et l'Amaurose,* définit l'amaurose une perte complète ou incomplète de la vue par suite d'un état pathologique de la rétine ou des parties qui lui donnent naissance; état pathologique non accompagné de phénomènes matériels appréciables et constants, et ne présentant aucun symptôme auquel on puisse donner le nom de *pathognomonique*. De l'aveu de ce savant oculiste, l'on est réduit à baser son diagnostic plutôt sur les symptômes concomitants que sur les symptômes locaux ou essentiels. La *perte complète* ou *incomplète* de la faculté visuelle, est commune à toutes les maladies qui reconnaissent pour cause les obstacles matériels qui s'opposent au passage des rayons lumineux, ou un changement considérable dans l'action convergente ou divergente des milieux réfringents. — Les *changements de structure,* les caractères anatomiques, s'ils existent, car ils manquent souvent, sont ordinairement reconnaissables seulement à l'autopsie. — M. Sichel regarde comme entièrement

(1) Au moment où nous terminons cette partie de notre travail, nous recevons de Paris le billet suivant : « Votre publication vient à temps, car les chirurgiens « anglais se servent beaucoup de votre indication, et nul doute qu'un article « semblable au vôtre n'eût paru prochainement dans les journaux de Londres. »

Le phosphène a donc fait fortune en Angleterre où il a dû rencontrer l'appui de l'honorable docteur Waller. Les *Annales d'Oculistique* reproduisaient en effet vers la fin de 1849 (vol. XXII, p. 160) une note de ce médecin publiée dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*, sans doute sous l'inspiration de celle que longtemps avant nous avions nous-même communiquée à notre ami M. le docteur Cunier, qui l'a consignée dans la livraison de février 1848 (vol. XIX, p. 74) de ses *Annales d'Oculistique.*

erronée l'opinion qui admet, à titre de caractère pathognomonique de l'amaurose, la *dilatation* et l'*immobilité de la pupille*, figurant même dans la définition de cette affection. Il fait voir que le resserrement de la pupille constitue, au contraire, un caractère essentiel de l'amaurose congestive éréthistique et que sa dilatation et sa fixité appartiennent surtout à l'amaurose torpide et organique. La vision peut, en outre, être abolie, l'iris conserver tout son jeu, et la belladone dilater indéfiniment la pupille, sans porter à cette faculté un dommage très-notable.

Quelle que soit la raison anatomique et physiologique de cette indépendance des mouvements de l'iris, le pathologiste l'admet aujourd'hui au rang des vérités pratiques expérimentalement reconnues, et part de là pour donner aux variations de la pupille une valeur restreinte et fort contingente.

Après l'insuffisance reconnue des caractères physiologiques et anatomiques, et des symptômes, l'ophthalmologiste doit chercher ailleurs que dans un ensemble, une série de signes caducs, le critérium à la faveur duquel il pourra prononcer sur la cessation fonctionnelle de la rétine. C'est à cette membrane qu'il s'adressera désormais; elle seule lui donnera les éléments de la solution du problème, qui consiste à trouver le signe constant de la *cécité* essentielle ou amaurotique.

Sarlandières et d'autres praticiens avec lui ont eu l'idée d'entrer dans cette voie scientifique d'exploration. Ce médecin a eu recours à l'électro-puncture pour connaître l'état de la rétine : il l'a ébranlée au moyen d'un courant électrique favorisé par une aiguille introduite au-dessus du globe oculaire, à travers la paupière supérieure, et une autre traversant la paupière inférieure pour s'implanter dans le nerf optique ou le voisinage. Il a obtenu des lueurs ou étincelles visuelles, qu'il attribue à la conductibilité des rameaux frontaux sus-oculaires et sus-maxillaires avec la rétine. « On conçoit, dit M. Sarlandières, que cette indication peut être » particulièrement utile aux oculistes, surtout lorsqu'ils se proposent d'opérer la cataracte, de pratiquer la pupille artificielle. » « Aussi, ajoute-t-il, le médecin prudent qui sera intéressé à ne pas » compromettre sa réputation, devra, avant d'entreprendre aucune » opération tendant à restituer la diaphanéité des milieux visuels, » s'assurer par l'acupuncture s'il y a lieu à faire cette restitution en » déterminant les lueurs par l'excitation galvanique de la rétine et » les contractions de l'iris par le même procédé. » Il certifie qu'il a

ainsi épargné à plusieurs opérateurs qui l'avaient prié de s'assurer de l'état normal du circuit visuel, des bévues dont ils ne pouvaient prévoir la gravité.

Voilà bien, dans la lueur ou étincelle électrique, selon M. Sarlandières, le signe pathognomonique de la vie fonctionnelle de la rétine. S'il n'y avait pas de procédés plus simples et à la fois entièrement exempts de douleurs et de dangers pour exciter les lumières entopsiques, on emploierait la galvano-puncture avant de décider une opération dont le résultat est subordonné à l'éventualité d'une complication amaurotique. Les malades se soumettront-ils à cette *opération* exploratrice préalable? Et s'ils se résignent à la subir, ne sera-ce pas assurément le plus petit nombre? Et puis l'introduction d'aiguilles devant arriver sur le nerf optique ou son voisinage, exige une habileté, une habitude, une précision et des connaissances anatomiques que tous les médecins n'auront certainement pas. Mais indépendamment de ces inconvénients et des accidents sérieux qui peuvent résulter de la galvano-puncture, il y a d'autres considérations non moins importantes qui diminuent la valeur inductive de ces étincelles.

M. Magendie, qui a rendu tant et de si grands services à la physiologie positive, a dit que dans l'amaurose complète *le seul résultat* qu'on obtienne du courant galvanique, c'est de rendre le malade sensible, d'une manière confuse, à la présence de la lumière pendant l'expérience : il est donc possible, tant est puissant le courant électrique, d'éclairer l'œil malgré l'extinction de la faculté visuelle. L'observation de M. Magendie est confirmée par celles du docteur Hermschlinger. Ce dernier a remarqué qu'un courant électrique dirigé sur la paupière ou la conjonctive, porté à un degré élevé, déterminait des éclairs ou images lumineuses, variant selon le degré de paralysie ; qu'elles étaient blanchâtres dans l'amblyopie, flamboyantes à un point plus avancé, et enfin *bleuâtres* lorsque l'amaurose était consommée.

Si l'appréciation de ces diverses nuances était chose facile, la teinte *bleuâtre* du phénomène servirait à diagnostiquer l'existence de la paralysie, et alors on y conclurait par cette teinte ou par l'absence de toute lueur après le résultat de l'action puncturo-électrique ; mais si l'on jette un regard sur un tableau d'observations faites avec le phosphène provoqué dans la vue normale, sans violence, sans douleur, dans des conditions de calme favorables à l'étude de ses couleurs, on est frappé de leur variété extrême.

Cette appréciation, faite dans le tumulte désordonné et douloureux qu'entraîne avec lui un courant galvanique à forte tension, sera très-difficile, disons même presque impossible. D'un autre côté, comment graduer cette tension de telle sorte qu'elle ne produise pas l'étincelle au-dessous d'un *minimum* connu? et ensuite comment et par quel procédé arriver à la connaissance de ce minimum, lorsque l'on a affaire à des organes dont l'impressionnabilité se modifie de tant de manières chez le même sujet, et plus encore d'un sujet à un autre?

Par tous ces motifs, nous rejetons l'électro-puncture, comme un mode d'exploration difficile, douloureux, dangereux et infidèle.

Nous avons essayé l'appareil électrique de Berton dans le dessein d'observer les lumières entopsiques. Un côté de la pile a été mis en rapport avec la peau recouvrant le nerf sus-maxillaire, et l'autre avec le front sur le trajet du sus-orbitaire : il en est résulté des lueurs confuses, excessivement vagues, très-fugaces, dont l'origine pourrait être la même que celle du phosphène ordinaire et dépendre de la contraction simultanée des muscles surexcités par le circuit galvanique. Sur les paupières elles-mêmes ce circuit n'a pas donné de photopsies plus nettes, et dans les deux cas la douleur du choc est si vive, les secousses musculaires sont si nombreuses, qu'on ne peut porter son attention sur ces éclairs sans durée pour en préciser la forme, la couleur, le nombre et la position.

L'électro-chimie par simple attouchement, quoique plus facile à mettre en pratique, n'offre pas à l'oculiste une grande ressource : elle occupe une meilleure place dans le traitement de l'amblyopie et de l'amaurose que dans le diagnostic de ces deux maladies.

Nous n'entrerons pas dans l'examen des effets complexes des substances toxiques sur l'appareil oculaire ; les éléments nous manquant, nous ne serions pas à même de discerner les cas où leurs actions pathogénétiques se font sentir sur la rétine et ses dépendances, de ceux où elles revêtent la forme des hallucinations mentales en se portant sur les lobes cérébraux. A cette source d'erreurs qui est considérable et doit singulièrement compromettre ce mode de diagnostic, ajoutons la répugnance des malades à se prêter ainsi à des ingestions toxiques. En voilà assez, nous l'espérons, pour en légitimer l'abandon jusques à nouvelles et plus amples preuves ; si les expériences se multiplient et que l'on parvienne à le sanctionner, ce ne sera probablement que pour des circonstances très-exceptionnelles.

La recherche du signe pathognomonique de la cécité amaurotique avait attiré l'attention du docteur William Cumming, chirurgien à l'hôpital de Londres. Il avait cru le trouver dans l'absence de l'éclairage *chatoyant* de l'homme ; mais après vérification faite (de l'assimilation de l'œil humain à celui du chat) par le docteur Wilde, par un critique de la *London medical Gazette*, par notre honorable ami M. le docteur Cunier et par d'autres habiles observateurs, l'ingénieux rapprochement de notre confrère anglais a été mis à néant avec les honorables illusions qu'il avait fait naître.

Enfin, et pour terminer cette longue revue, nous mentionnerons le moyen de diagnostic de la paralysie partielle de la rétine, proposé par M. Brown-Séquart, et qui consiste à juger de l'étendue et de la position de la partie paralysée par celles de l'objet vu par le malade. Utile dans l'amblyopie ou l'amaurose partielle pure, il est nul lorsqu'elles sont compliquées d'altération dans la transparence des milieux et dans l'oblitération de la pupille.

En résumé, les signes réputés caractéristiques de l'amaurose, réunis en faisceau, peuvent quelquefois suffire à l'ophthalmologiste expérimenté, dans les cas simples et sans complication; mais le plus souvent ils ne lui fournissent que des probabilités insignifiantes et presque sans valeur aucune.

Puisque nous n'avons pas encore rencontré le signalement particulier de l'amaurose, son caractère pathognomonique revêtu de ses véritables insignes, allons le demander au phosphène, à cet anneau lumineux que le moindre contact du doigt sur l'œil fait naître à volonté, sans douleur, sans gêne, et sur tous les points de sa circonférence au delà de la cornée, que l'on retrouve constamment lorsque la vue est saine, que l'on retrouve encore, mais altéré, lorsqu'elle est affaiblie par l'amblyopie, et qui jamais ne se montre lorsqu'elle est irrévocablement perdue.

Le phosphène ne se manifeste plus en effet lorsque la rétine est pour toujours amaurotique ; et cependant le patient conserve encore le sentiment confus de la lumière : il distingue le jour de la nuit, suit l'ombre de ses doigts en mouvement. Telle est la proposition que nous allons fonder sur des preuves que le médecin vérifiera sans peine, sans dérangement pour lui, et sans gêne ni douleur pour ceux qu'il voudra soumettre à notre indication entopsique. Pas n'est besoin d'appareil électrique, d'auges, de fils conducteurs, de liquides salins, ni d'implanter des aiguilles dans les

nerf optique, de faire entrer douloureusement les muscles oculaires dans un ébranlement convulsif, d'avaler avec répugnance, avec crainte, des substances toxiques plus ou moins difficiles à doser : l'index, par un attouchement léger et cadencé, suffit à la manifestation d'anneaux variés en forme et en coupure, en couleurs, quand la vue est bonne, ou bien à prouver par leur diminution ou leur absence complète, bien et dûment constatée, la décroissance progressive et la perte totale actuelle ou imminente de la faculté de voir.

Lorsque l'amaurose est avancée au point d'empêcher le malade de se conduire, lorsqu'elle amène, en un mot, la *cécité*, la compression de l'œil n'est suivie d'aucun anneau lumineux.

Seule donc, sans autre signification que la sienne propre, l'absence du phosphène, de ce simple et intéressant phénomène entopsique, constitue le signe avec lequel on reconnaît *a priori*, immédiatement, l'insensibilité visuelle de la rétine, le caractère pathognomonique de l'amaurose confirmée ou sur le point de l'être, quelle que soit la cause qui l'a occasionnée ou préparée. Que la paralysie de la rétine soit congestive, éréthistique, torpide, organique; que la pupille soit dilatée, resserrée, totalement oblitérée, mobile ou immobile; qu'il reste encore un sentiment confus et vague de la lumière; qu'enfin la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, sa capsule, le corps vitré, soient devenus profondément opaques : à travers ces complications, ces obstacles nombreux, la valeur de l'absence du phosphène reste et demeure la même. Cette signification, absolue jusqu'aujourd'hui, autant qu'on puisse l'obtenir dans une science d'observation comme la nôtre, forme bien, ainsi que nous l'avons annoncé, le *caractère pathognomonique de l'amaurose.*

Si l'anneau coloré ne se produit pas, l'ophthalmologiste prendra les précautions les plus grandes avant d'affirmer un fait qui va être d'une si grande importance dans le diagnostic, le pronostic à porter, le traitement à suivre ou l'opération à pratiquer. Un jour et une nuit suffisent à l'accomplissement de l'exploration, à la fixation de son résultat définitif. Toutefois, cette temporisation que nous conseillons par une prudence extrême, surtout en vue d'une étude plus approfondie des variations apparentes du phosphène, peut avoir des inconvénients dans certains cas aigus d'amaurose foudroyante imminente, où un retard de quelques heures laisse s'organiser d'irréparables désordres.

Voici deux faits bien dignes de fixer l'attention des oculistes à cet égard :

Obs. I. — Depuis longues années, M. Murjas, qui nous autorise à le nommer, lutte avec une grande opiniâtreté contre une amaurose éréthistique. Sa vue est considérablement réduite de l'œil droit et totalement perdue de l'œil gauche. Causant avec lui, il y a environ un mois, dans le jardin de l'hôtel de ville, nous le priâmes de nous permettre d'essayer sur lui la production du phosphène. Nous nous rendîmes dans un appartement dont les volets furent fermés, et là, les deux yeux comprimés à plusieurs reprises ne perçurent pas d'anneaux lumineux. Nous l'invitâmes à réitérer lui-même ces tentatives innocentes plusieurs jours de suite, et à sa grande surprise il distingua bientôt la lumière nasale dans l'œil droit; les autres ne se montrèrent pas. Rien, absolument rien n'apparut dans l'œil gauche avec lequel il ne peut distinguer la lumière des ténèbres. A l'article *Amblyopie*, nous reviendrons sur cette intéressante observation.

Cet exemple justifie la grande réserve à apporter dans la constatation du phosphène, de son absence, et du témoignage de l'un et de l'autre.

Obs. II. — Un jeune homme de 18 ans, le fils de M. Peirache, grand, d'un tempérament sec et bilieux, est venu hier réclamer nos conseils pour une douleur dans les yeux depuis six jours. Nous n'avons vu aucune injection, aucune rougeur, mais une prodigieuse exaltation de la sensibilité dans les bulbes, principalement dans le droit; les pupilles étaient dilatées, comme on le voit souvent dans l'état normal, et un peu mobiles. La compression fut faite et supportée sans exagérer notablement la douleur dont la sclérotique était le siége, mais aucun phosphène ne fut vu par le malade. Nous l'avouerons, c'était plutôt comme objet d'étude de notre part et pour augmenter la somme de nos observations dans les divers cas de maladies des yeux, que nous nous sommes livré à cette exploration, que pour arriver à un diagnostic. Pour la première fois le phosphène fit défaut après bon nombre de légers attouchements exécutés chez un sujet voyant clair, puisque, après cette épreuve, il lut fort bien séparément avec chaque œil. Étonné, presque contrarié d'une exception aussi extraordinaire que compromettante pour le diagnostic et le pronostic basés sur les propriétés du phosphène, nous engageâmes le pauvre patient à retourner chez lui et à renouveler lui-même, avec ménagement, dans la nuit, nos inutiles essais, lui assurant qu'inévitablement il apercevrait ou devrait apercevoir un cercle lumineux du côté opposé à la compression. La leçon était bien donnée et surtout bien dirigée dans le sens de la solution qui nous intéresse. Il fallait que le phosphène parût bon gré

malgré (telle est la prévention qui s'empare de nous et à notre insu dans l'art difficile d'observer) et vint confirmer la règle empreinte jusqu'alors d'un caractère de permanence que ce cas infirmait. Toute la journée nous fûmes préoccupé de cette singularité. Ce matin, le retour de ce jeune homme dans notre cabinet, conduit par un camarade qui le guidait par la main, nous a causé une vive émotion. En quelques heures la vue s'était éteinte dans l'œil droit et extraordinairement affaiblie dans le gauche; les pupilles s'étaient agrandies et avaient perdu leur impressionnabilité. Quel changement en un jour!

Était-il possible de prévoir une pareille catastrophe?... Nous pensons qu'à l'avenir des cas de cette nature, des exceptions aussi rares appelleront l'attention et la sollicitude du médecin, et le décideront à se précautionner contre les événements sinistres dont ces exceptions sont les menaçants avant-coureurs.

Les exceptions que le praticien rencontrera inévitablement, mieux étudiées par lui et dans les conditions indiquées, concourront, nous en avons l'espérance, à confirmer la règle que l'état de la rétine est traduit fidèlement par le phosphène, de même que celui du corps entier est révélé par les battements du cœur. Dans cette sérieuse signification, les phosphènes et les battements de cet organe ont une ressemblance et une analogie frappantes; tout en décroissant en vigueur, les uns et les autres, d'une manière générale et graduelle avec le souffle de la vie, parfois ils paraissent marcher presque en sens inverse, jusqu'au moment où la mort survient, et alors ils ne se montrent plus.

Afin de rendre plus facile l'annotation des observations et des expériences faites sur les anneaux lumineux de la rétine, nous donnons ci-dessous le modèle d'un tableau que l'on remplira au besoin d'un nombre considérable de détails sans aucun texte écrit et rien qu'avec des chiffres. Ce tableau a en outre l'immense avantage d'offrir à l'œil des résultats précis et comparables, tout en évitant la peine de feuilleter les pages nombreuses qu'ils occuperaient différemment (1).

(1) Dans ce tableau, l'état normal est désigné par 5;
la négation de cet état » 0;
les positions intermédiaires » 1, 3, 3, 4;
le maximum de dilatation de la pupille » 10;
la grandeur des phosphènes par nos pièces décimales, 25, 50 centimes, 1 fr., 5 fr.;
la portée de la vue par centimètres.

En allant à la recherche du phosphène dans l'amaurose, on se mettra en garde contre les étincelles, les flammes et les fantômes que voient ou croient voir les sujets affectés de cette maladie. Le

TABLEAU DESTINÉ A L'ÉTUDE DU PHOSPHÈNE.

Nº d'ordre.	NOMS des sujets observés.	Désign. de l'œil.	PHOSPHÈNE							PUPILLE		Couleur de l'iris.	TRANSPARENCE.			VERRES		VUE.		OBSERVATIONS.
			Temporal.	Nasal.	Frontal.	Sous-orbit.	Couleur.	Grandeur.	Forme.	Mobilité.	Grandeur.		Cornée.	Cristall.	Hum. hyaloïd.	Convexes.	Concaves.	Portée.	État.	
1	A. S.	D.	5	5	5	5	bleu.	50c	5	5	5	chat.	5	5	5	0	0	20c	5	Vue normale.
2	E. Des.	D.	5	5	5	5	j. cl.	1m	5	4	5	gris.	5	5	5	0	5	8c	3	Myopie.
3	Flar.	G.	5	0	0	0	b. c.	1m	5	4	5	chat.	5	5	5	0	0	20c	4 1/2	Amblyopie.
		D.	0	0	0	0	0	0	0	2	3	id.	5	5	5	0	0	0	0	Amaurose.
4	Murjas.	D.	0	3	0	0	jaune	25c	5	2	4	foncé	5	5	5	0	0	»	1	Amblyopie amaurotique.
		G.	0	0	0	0	0	0	0	2	4	id.	5	5	5	0	0	0	0	Amaurose.
5	Femme Coirar, 45 ans.	G.	0	0	0	0	0	0	0	»	»	»	0	»	»	0	0	0	0	Amaurose *avec cornée opaque.*
		D.	5	5	5	5	b. cl.	50c	5	0	0	foncé	5	»	»	0	0	0	0	*Rétine saine*, pupille artific. à pratiquer sur chaque œil.
6	J. B., 85 ans.	G.	5	5	5	4	id.	50c	5	0	0	id.	5	»	»	0	0	0	0	Cataractes opérables et opérées avec succès.
		D.	5	5	5	5	bl.	50c	5	5	4	»	5	0	»	0	0	0	0	
7	D. de Blaey.	G.	5	5	5	5	id.	30c	5	4	3	gris.	5	0	»	0	0	0	0	Vue normale.
		D.	5	5	5	5	ble.	25c	5	5	5	ch.	5	5	5	0	0	20c	5	
8	Delf., 35 ans.	G.	0	0	0	0	0	0	0	4	5	ch.	5	0	»	0	0	0	0	Cataracte inopérable.
		D.	0	0	0	0	0	0	0	2	6	id.	5	1	2	0	0	0	0	Cataracte glaucômateuse *inopérable.*
9	André W.	D.	4	4	4	4	bl.	5	5	0	9	id.	5	5	5	0	0	15c	4	Mydriase idiopathique.
10	Peirache, 18 ans.	D.	0	0	0	0	0	0	0	3	6	id.	5	5	5	0	0	18c	4	Amaurose imminente, et cependant il lit assez bien avec ses deux yeux.
		G.	0	0	0	0	0	0	0	3	6	id.	5	5	5	0	0	18c	4	
	Le même, le 2e jour.	D.	0	0	0	0	0	0	0	3	7	id.	5	5	5	0	0	0	0	Amaurose complétée en quelques heures (*)
		G.	0	0	0	0	0	0	0	3	7	id.	5	5	5	0	0	0	0	
	Le 20e jour.	D.	5	0	0	0	bl.	50c	5	4	7	id.	5	5	5	0	0	15c	4	Avec le retour de la vue, réapparition du temporal, surtout lorsque les yeux sont ouverts.
		G.	5	0	0	0	bl.	50c	5	4	7	id.	5	5	5	0	0	15c	4	
11	Wert. de S. 50 ans.	D.	5	5	5	5	bl. cl.	5	5	5	5	gris.	5	5	5	5	0	70c	3	Presbytie larvée inégale. Verres à foyers différents.
		G.	5	5	5	5	bl. cl.	5	5	5	5	id.	5	5	5	5	0	60c	4	
12	Enfant de 15 ans.	D.	5	5	5	5	bl. cl.	5	5	5	5	ch.	5	5	5	0	5	5c	2	Myopie larvée inégale. Verres à foyers différents.
		G.	5	5	5	5	id.	5	5	3	5	id.	5	5	5	0	5	8c	3	

(*) Traitement actif. Sangsues, vomitifs, purgatifs, onguent mercuriel, vésicatoires, pilules de strychnine.

sentiment de ces feux persiste et s'augmente même quelque temps après que l'on a perdu la faculté de distinguer les objets. Au milieu de ces feux amorphes, le phosphène se fera toujours remarquer par le lieu qu'il occupe du côté opposé à la pression, ou sous le doigt lui-même, et ensuite à la forme qu'il prend selon le point de l'œil où il se montre.

D'où vient l'absence du phosphène dans l'amaurose? Cette question est connexe avec celle-ci : *Pourquoi le phosphène est-il aperçu par tous les yeux à type physiologique?* Nous l'avons dit, au commencement de ce mémoire : Il y a dans ces faits et dans ceux du même genre qui se rattachent au mode général de perception des sensations, une loi écrite dont l'essence et l'esprit nous sont inconnus, et le seront peut-être longtemps encore, à moins que la chimie, poursuivant son œuvre d'analyse appliquée aux tissus cérébro-oculaires, ne vienne nous donner les éléments de la solution de ce grand problème. Selon M. Couërbe, le cerveau de l'homme contient du phosphore, de la graisse, du soufre et autres principes; dans l'aliénation mentale, il se formerait une sécrétion plus grande de phosphore que dans l'état normal. M. Hégésippe Duval, partant de cette théorie, de l'analyse faite du cerveau de deux sujets amaurotiques dans lesquels il a trouvé les proportions de phosphore notablement inférieures aux chiffres de la constitution normale, conclut que la perte de la vue doit être attribuée en partie à la diminution spontanée ou à la formation insuffisante du phosphore, et les étincelles et les flammes des amaurotiques à l'augmentation de la sécrétion de cet élément chimique. Si cette explication avait quelque valeur, ces variations de quantité nous rendraient compte jusqu'à un certain point de l'absence du phosphène dans l'amaurose et de la beauté de ses anneaux dans la vue ordinaire. On voit maintenant pourquoi nous avons adopté le nom de *phosphène* pour désigner ce curieux et utile phénomène entopsique.

Une question importante est encore à étudier et à résoudre, savoir si les cercles lumineux de la rétine sont le produit d'une perception cérébrale, c'est-à-dire entièrement subjectifs, ou si réellement ils se forment de toute pièce sur cette membrane, de manière à donner naissance à la perception objective.

Dans le prochain article, nous ferons connaître le résultat de nos recherches sur l'homme et sur l'animal. La solution de cette importante question intéresse l'ophthalmologiste au point de vue théorique et à cause de l'avantage qu'il y aurait de join-

dre au besoin son propre témoignage à celui du malade.

Au moment où nous terminons cet article, nous lisons au compte rendu de l'Académie des sciences de Paris, séance du 23 septembre, une note de notre honorable confrère M. Martinet, qui adresse à ce corps savant le résultat de ses recherches sur le phénomène lumineux qui se produit sous la pression du globe, et que nous avons désigné sous le nom de *phosphène*. Nous apprenons avec regret qu'*une partie* seulement de ses résultats concordent avec les nôtres, et nous sommes surpris de voir cette dissidence porter sur un fait signalé par M. Martinet, et qui, selon nous, n'est qu'une illusion et non une réalité. La surprise est d'autant plus grande, que cet habile praticien assure avoir étudié le phosphène depuis fort longtemps et antérieurement à 1846.

« J'ajouterai, dit-il, à ce que M. Serre a écrit relativement au point où se développe la sensation lumineuse, qu'elle se produit toujours dans la région orbitaire externe d'un œil quand on comprime l'œil opposé dans la même région orbitaire supérieure externe, et que, quand on ne parvient pas à provoquer le phosphène temporal par la pression nasale de l'œil amaurotique, il faut, avant d'affirmer qu'il y a amaurose complète, s'assurer par la pression de la région orbitaire externe de l'œil opposé, que ce phénomène ne se produit réellement point. »

Si le fait rapporté par M. Martinet était exact, vrai, pourquoi les autres phosphènes d'un œil ne se manifesteraient-ils pas dans l'autre? C'est qu'en réalité ils sont le produit de l'œil comprimé réagissant sur lui-même; que tous sont identiques quant à leur origine; que si l'on aperçoit le phosphène nasal d'un œil à la région temporale de l'autre, l'illusion doit être attribuée à une appréciation trompeuse du lieu et de la distance où se produit dans ce cas le phénomène lumineux. Pour faire tomber cette illusion, il faut chercher à produire le phosphène *péri-orbitaire* qui est formé alors par un trajet lumineux circulaire, cheminant autour de l'œil en sens inverse du doigt, avec des proportions et à une distance qui diffèrent subjectivement selon leur apparence et la manière d'apprécier de chacun; de sorte que, dans l'opinion de M. Martinet, la marche du phosphène dans l'intérieur de l'œil soumis à l'expérience éprouverait, à la hauteur de la région orbitaire externe et supérieure, un changement tel, qu'à ce point seulement, l'œil opposé répondrait pour son congénère et qu'en définitive il n'y aurait pas de phosphène nasal; mais leur identité d'origine

suffit pour démontrer l'erreur contenue dans le fait signalé par M. Martinet.

A cette preuve nous joignons les suivantes :

1° La pression simultanée des deux yeux au point indiqué par M. Martinet assemble les phosphènes dans la région nasale où une faible distance les sépare ; et si l'on aperçoit un léger éclairage à la région temporale, on doit l'attribuer au phosphène direct, à celui qui naît immédiatement sous le doigt.

2° Dans la production simultanée encore du phosphène nasal de l'œil droit et du temporal de l'œil gauche, on rectifie l'erreur en question en apercevant le temporal à sa place accoutumée et le nasal près du doigt qui produit le premier près de la région nasale supérieure, ayant entre eux la distance qui les sépare naturellement l'un de l'autre.

3° Enfin, et pour démontrer péremptoirement que l'illusion a été prise pour une réalité, nous renvoyons nos lecteurs à l'observation qui concerne M. Murjas et qui est relatée dans cette troisième partie de notre travail. — L'œil gauche ne perçoit aucun phosphène parce que la vue de ce côté est totalement perdue ; le droit perçoit encore le phosphène nasal seul, parce qu'il est amblyopique à un haut degré. D'après les expériences de M. Martinet, la pression de la région orbitaire externe de cet œil produisant le phosphène temporal de l'autre (pour nous c'est le nasal du droit), il faudrait conclure que l'œil gauche, depuis longtemps paralysé, voit distinctement la lumière ; or, la conclusion serait contraire à la vérité. Donc, notre estimable confrère a commis une erreur partagée du reste par le docteur Victor Szokalski, qui l'a exprimée de la manière suivante, dans le tome II des *Annales d'Oculistique*, 1839, p. 14 :

« Qui ne sait qu'*une légère pression,* par exemple, *exercée sur l'angle externe d'un œil,* produit une tache *jaune dans le même angle de l'autre œil* s'il est fermé, et une tache bleue s'il est ouvert. »

Quant à l'assistance que l'exploration électrique peut donner au phosphène, nous n'avons pour le moment rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut, et pour ce qui concerne le mydriasis, les lésions des 3e, 4e et 5e paires de nerfs cérébraux, les divers degrés d'amblyopie, les cataractes, le glaucôme, les oblitérations pupillaires, etc., nous renvoyons aux parties de ce mémoire qui vont incessamment paraître.

De ce qui précède nous pensons que l'on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Que l'immobilité et la dilatation de la pupille, la perte complète ou incomplète de la vue, les caractères anatomiques pris ensemble ou isolément, ne peuvent constituer, au dire des ophthalmologistes, le signe pathognomonique de l'amaurose ;

2° Que jusqu'aujourd'hui les effets complexes des substances toxiques agissant pathogénétiquement sur l'œil, n'ayant pas permis de distinguer s'ils retentissent sur le cerveau ou la rétine, ce mode d'exploration est et sera probablement d'une médiocre ressource pour le diagnostic de la paralysie de cette membrane, surtout en tenant compte de la répugnance des malades qui ne se prêteront pas facilement à l'ingestion de ces substances incommodes et dangereuses à manier, et fort équivoques dans leur signification ;

3° Que l'absence de l'éclairage chatoyant dans le fond de l'œil ne saurait servir au diagnostic des maladies de la rétine, de ses paralysies, attendu que l'éclairage supposé par M. William Cumming, qui assimilait l'œil de l'homme à celui du chat, n'existe réellement pas dans les conditions physiologiques de notre organisation oculaire ;

4° Que le moyen de diagnostic proposé par M. Brown-Séquart, et qui consiste à juger de l'étendue et de la position de la partie paralysée par celles de l'objet vu par le malade, très-utile dans l'amblyopie partielle pure, n'est d'aucun avantage lorsque cette maladie est accompagnée d'une altération dans la transparence des milieux, et lorsqu'il y a amaurose complète ;

5° Que l'électricité, contrairement à l'opinion de M. Sarlandières et de M. Martinet, qui regardent cet agent comme devant aider puissamment l'oculiste, sera rarement utile, parce que ce moyen d'exploration est incommode, difficile, douloureux, et de plus très-infidèle, sa puissance d'action étant assez grande pour faire naître des étincelles et des flammes dans certains cas et dans bon nombre d'amauroses irrévocablement confirmées : c'est ce que prouvent les expériences de M. Magendie ;

6° Que la teinte *bleuâtre* perçue par les amaurotiques électrisés ne saurait devenir non plus le signe de la paralysie de la rétine ; — que si, dans l'étude des couleurs du phosphène à l'état physiologique, on arrive à une grande variation dans l'appréciation de ses teintes, que de difficultés n'aura-t-on pas à obtenir des sujets torturés par le galvanisme une appréciation exacte de la nuance bleue

signalée par Hermschlinger, qui la regarde à tort comme un signe certain de diagnostic de l'amaurose complète;

7° Qu'on distinguera le phosphène au milieu des feux amorphes spontanés de l'œil amaurotique par le lieu qu'il occupe et la forme qui le caractérise;

8° Que le phosphène ne se montre jamais dans l'amaurose complète et même dans celles où le patient conserve encore le sentiment du jour et de la nuit; que seul, sans autre signification que la sienne propre, cet intéressant et simple phénomène entopsique, qu'on peut interroger à toute heure du jour et de la nuit sans autre appareil que l'index, constitue le signe auquel on reconnaît *a priori* l'insensibilité actuelle de la rétine; que la paralysie soit congestive, éréthistique, torpide, organique; que la pupille soit dilatée, resserrée, totalement oblitérée, mobile ou immobile; qu'il reste encore un sentiment confus et vague de lumière; qu'enfin la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, ses capsules, le corps vitré, soient devenus profondément opaques : à travers ces complications, ces obstacles nombreux, la valeur de l'absence du phosphène reste et demeure la même; que cette signification, constante jusqu'aujourd'hui, forme bien, ainsi que nous l'avons annoncé, le caractère pathognomonique de l'amaurose;

9° Que si l'anneau ne se produit pas, l'ophthalmologiste devra prendre les précautions les plus grandes avant d'affirmer un fait qui va être d'une si grande importance dans le diagnostic et le pronostic à porter, le traitement à suivre ou l'opération à pratiquer; qu'un jour et une nuit suffisent à l'accomplissement de l'exploration par le phosphène dans les circonstances les plus difficiles et à la fixation de son résultat définitif; que, toutefois, cette temporisation, conseillée par une prudence extrême, peut avoir des inconvénients dans certains cas d'amaurose foudroyante imminente, où un retard de quelques heures laisse s'organiser d'irréparables désordres;

10° Que les exceptions bien étudiées concourront, nous en avons l'espérance, à confirmer la règle que l'état actuel ou très-prochain de la rétine est fidèlement traduit par les propriétés du phosphène.

(La suite prochainement.)

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES GRANULEUSE PURULENTE ET GONORRHOIQUE;

par le docteur É. HENROTAY,

médecin de bataillon de première classe au régiment de Carabiniers, etc., à Bruxelles (1).

Deux affections purulentes de l'œil ont entre elles les plus grands rapports et sont souvent confondues : ce sont l'*ophthalmie gonorrhoïque* et l'*ophthalmie purulente de l'armée*. Dans l'une comme dans l'autre, il y a gonflement considérable des paupières, surtout de la supérieure, sécrétion abondante du muco-pus, chémosis.

Le diagnostic différentiel de ces deux maladies est-il possible?

La phrase suivante de M. Fallot est souvent citée à ce propos :

« *Phénoménalement, il n'y a aucun moyen de différencier l'ophthalmie gonorrhoïque des autres blennorrhées oculaires :* les différences de couleur, sur lesquelles nous savons qu'on a tant insisté, n'ont aucune signification précise, et nous avons vu plus d'une fois ceux qui y attachaient le plus d'importance s'y tromper lourdement. La coexistence ou la préexistence d'un écoulement génital n'est pas elle-même un signe certain, et constitue tout au plus une présomption ; car rien n'empêche le porteur d'une chaude-pisse de contracter une conjonctivite avec laquelle une gonorrhée n'a rien de commun. »

Pour compléter la pensée de M. Fallot, j'ajouterai que le muco-pus peut être transporté de l'urètre d'un malade à l'œil d'un autre sujet, et provoquer une ophthalmie gonorrhoïque sans que le dernier soit lui-même atteint d'urétrite.

On a dit que dans l'ophthalmie gonorrhoïque un seul œil, le plus souvent le droit, est d'abord entrepris, le second ne devenant d'ordinaire malade que consécutivement. Le même caractère se retrouve fréquemment dans l'ophthalmie purulente granuleuse, et dans cette salle même je pourrais en trouver des exemples.

(1) La session d'examen pour le grade de médecin de régiment qui vient d'être close, a fourni, au seul candidat qui s'est présenté, l'occasion d'entrer dans les considérations qu'on va lire relativement au diagnostic différentiel et au traitement des ophthalmies purulente granuleuse et gonorrhoïque. Aux termes du programme, M. Henrotay avait à faire l'histoire d'un ophthalmique et à discuter de vive voix ou par écrit les questions que pouvait soulever l'examen de ce malade. Le sujet qui lui a été présenté était atteint d'ophthalmie purulente de l'œil gauche; il se trouvait à la salle des vénériens depuis le 13 septembre dernier, en traitement pour une urétrite, lorsque le 28 du même mois il fut pris d'une ophthalmie gonorrhoïque contre laquelle un traitement ectrotique fut dirigé.

(*Note de la* Rédaction.)

M. Hairion a parlé d'un bubon pré-auriculaire comme d'un signe certain de l'existence de la nature gonorrhoïque de l'affection. Ce bubon pré-auriculaire est chose rare à observer, et fût-il fréquent, il ne me semblerait pas plus propre à lever tous les doutes par rapport à l'affection de l'œil, que l'adénite inguinale n'est caractéristique de la nature virulente de certaines affections de la verge.

N'existe-t-il donc aucun moyen de différencier ces deux affections? Lorsqu'on réfléchit au mode de développement de l'une et de l'autre, on est tout d'abord frappé de la différence qui existe dans leur évolution. L'invasion de l'ophthalmie gonorrhoïque est extrêmement rapide : la plus petite quantité de muco-pus gonorrhoïque introduite entre les paupières, développe sur-le-champ une ophthalmie très-grave qui, si on la laisse marcher, entraînera au bout de 24 ou 48 heures le ramollissement de la cornée et les altérations qui en sont la conséquence. L'ophthalmie de l'armée, au contraire, débute lentement, et les granulations qui en constituent le symptôme pathognomonique n'acquièrent tout leur développement qu'après un temps ordinairement fort long. C'est dans le cours de cette maladie à marche essentiellement chronique, et sous l'influence de causes qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier, que se déclare soudain l'ophthalmie purulente sur-aiguë dont il est ici question.

Que doit-il résulter de cette évolution si complétement différente? C'est que, dans cette dernière affection, des altérations persistantes ayant eu le temps de s'établir, les granulations ont une consistance qu'on ne retrouve pas dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Ici, c'est plutôt de l'œdème; là, c'est un tissu vasculo-charnu résistant.

Un épiphénomène qui m'a frappé par la constance avec laquelle je l'ai rencontré, et qui n'a été indiqué nulle part que je sache, c'est l'*épistaxis*. Depuis plus d'un an que mon attention est fixée sur ce sujet, je l'ai toujours retrouvée dans l'ophthalmie purulente sur-aiguë. Elle a toujours fait défaut dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Avec l'épistaxis ont coexisté une céphalalgie assez intense et des douleurs orbitaires beaucoup plus prononcées que dans l'ophthalmie gonorrhoïque.

La congestion oculaire, si prononcée dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, se révèle facilement à l'observateur. Que l'on excise à plat quelques sommités granuleuses, on donne lieu à un écoulement sanguin considérable et souvent très-utile. Il est encore une

remarque faite depuis longtemps et qui trouve son explication dans la congestion dont les granulations sont le siége. M. le médecin principal Gouzée m'a souvent fait observer que chez les sujets atteints de granulations, qui viennent à être pris de fièvre intermittente, l'état granuleux des paupières s'affaisse considérablement. C'est qu'aux fièvres d'accès succède d'ordinaire l'anémie, et les paupières, comme le tissu cutané et les muqueuses extérieures, pâlissent par le retrait du sang.

L'ophthalmie gonorrhoïque et l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë ont l'une et l'autre pour caractère, je l'ai dit tout à l'heure, un gonflement considérable de la paupière supérieure ; mais dans la première le gonflement est œdémateux, la face externe du voile palpébral offre une coloration légèrement bleuâtre, les doigts y laissent pendant quelques instants leur impression, la difficulté de retourner les paupières est telle qu'on n'y parvient pas toujours, et cela est arrivé dans le cas présent, car M. le médecin de régiment Delhaie et moi, nous avons dû y renoncer, et cependant cette pratique nous est à l'un et à l'autre très-familière. Cette difficulté provient en partie de ce que le muco-pus sécrété est plus séreux, en partie aussi de ce que le bord libre de la paupière, lorsqu'on cherche à la saisir, fuit sous les doigts qui refoulent la sérosité. Chez les sujets dociles qui parviennent à tenir le regard fixé sur le sol pendant quelques instants, la paupière pouvant être retournée, on reconnaît que la muqueuse est lisse. Enfin, le chémosis, au début surtout, est uniquement séreux.

Dans l'ophthalmie granuleuse, le gonflement n'est pas uniquement œdémateux, mais il dépend en grande partie du développement considérable des granulations palpébrales. La face externe de la paupière a conservé sa coloration normale, ou elle est un peu plus rosée. Les doigts n'y marquent pas leur empreinte ; le renversement palpébral est facile ; la face interne est couverte d'aspérités ; le muco-pus est plus lié, plus crémeux ; le chémosis est sanguin.

La marche de ces deux maladies offre des caractères différentiels tranchés.

L'ophthalmie gonorrhoïque n'est pas une maladie de longue durée : ou bien il survient en peu de temps des altérations cornéales graves, ou bien l'affection rétrocède promptement, et, en quelques jours, le mal est entièrement guéri et les voiles palpébraux ont repris leurs conditions physiologiques. Je parle des cas

dans lesquels un traitement convenable a été institué. J'ai vu plus d'un militaire atteint de cette affection, en état de reprendre le service après dix ou douze jours de traitement.

Dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë il en est tout autrement; la purulence cède d'une manière moins prompte ; à l'état sur-aigu succède l'état sub-aigu ; après celui-ci les granulations persistent, et il faut un temps comparativement très-long avant de s'en être complétement rendu maître. Ces malades, à leur sortie des hôpitaux, sont dirigés sur les salles de granulés des corps. La marche de l'affection n'est pas aussi franche, et cela se conçoit facilement; l'état granuleux persiste, il tend à ramener incessamment la purulence, et l'on est souvent obligé de revenir à plusieurs reprises à l'emploi des moyens ectrotiques, avant d'avoir ramené les granulations à l'état indolent ou de chronicité.

Si les considérations dans lesquelles je viens d'entrer sont la véritable expression des faits, et j'ai pour ma part la conviction la plus profonde qu'elles traduisent exactement ceux que j'ai été appelé à observer, ne doit-on pas reconnaître que le diagnostic différentiel des ophthalmies purulente granuleuse et gonorrhoïque est aussi bien établi que celui d'aucune autre maladie? Une difficulté cependant peut se présenter, et je comprends qu'elle ne soit pas extrêmement rare dans notre armée : c'est la combinaison des deux affections. Le muco-pus blennorrhagique déposé sur une paupière granuleuse déterminera une maladie qui, tout en ayant la persistance de l'ophthalmie granuleuse, empruntera à l'affection gonorrhoïque sa marche promptement désorganisatrice. Ici, cela se comprend, le diagnostic différentiel n'est plus possible. Ce n'est plus l'une ou l'autre, c'est à la fois l'une et l'autre.

L'ophthalmie gonorrhoïque est-elle contagieuse? Par transport direct du muco-pus d'un œil à l'autre, cela est prouvé ; mais le mal peut-il se communiquer à distance ? Sans m'arrêter à énumérer les faits produits à l'appui de cette opinion, particulièrement par M. le médecin de régiment Decondé, ce qui m'entraînerait trop loin, reconnaissons que la réponse est douteuse. Mais en admettant la possibilité de la contagion par l'air, on est porté à éloigner le plus possible les rapports des sujets malades avec les individus sains, et l'on évite d'autant les chances de communication directe. Dans l'autre opinion, on recherche moins cet éloignement, et on aurait à se repentir de ne pas avoir toujours cherché à l'obtenir, s'il arrivait un jour que la contagion par l'intermédiaire de l'air fût prouvée.

Les partisans de ce mode de contagion ne s'exposent tout au plus qu'à prendre une précaution inutile.

Il est un fait bien digne de remarque fourni par l'observation clinique. Lorsque l'ophthalmie gonorrhoïque se déclare pendant le cours d'un écoulement de l'urètre, ce n'est pas généralement lorsque celui-ci présente les caractères les plus aigus que cela s'observe, mais au moment où l'acuité vient à cesser. On serait tenté de croire qu'il y a là une sorte de métastase. Bien que je ne sois pas tout à fait en mesure de donner de cette observation une raison capable de satisfaire tous les esprits, je ne crois pas cependant que ce soit à la métastase qu'il faille recourir pour en trouver l'explication. Car, à ce compte, voici cé que l'on ne manquerait pas d'observer : on verrait tout aussi bien l'affection de l'urètre se supprimer presque entièrement pour se porter sur l'œil, dans les quatre ou cinq premiers jours, qu'à une époque beaucoup plus avancée de son existence. Eh bien ! c'est ce qui ne s'observe pas généralement ; les cas de cette espèce constituent une rare exception. Ce n'est guère que vers le 10e, le 12e, le 15e jour de l'écoulement urétral, alors qu'il a déjà considérablement perdu de son acuité et qu'il tend à passer à l'état chronique, que l'on voit l'un des deux yeux s'entreprendre.

Voici comment je conçois que les choses doivent se passer dans la majorité des cas :

Aussi longtemps que l'écoulement est aigu, le malade est soumis à une observation rigoureuse ; il se surveille attentivement, et d'après les recommandations expresses qui lui sont faites, il a grand soin de se laver les mains chaque fois qu'il a touché à sa verge. Au contraire, dès que l'acuité commence à passer, il reprend bientôt son genre de vie habituel, et il se croit dispensé de toutes les précautions minutieuses qu'il a prises jusque-là. J'ajouterai qu'il éprouve souvent à cette époque un sentiment de prurit à l'orifice extérieur du canal de l'urètre, qui l'engage à y porter les doigts. Enfin, la durée de l'état chronique est infiniment plus longue que celle de la période aiguë.

Les deux affections dont je vous entretiens en ce moment sont graves l'une et l'autre à cause des altérations cornéales qui peuvent en être les conséquences; mais, dans l'ophthalmie gonorrhoïque, le péril, bien que prochain, peut être promptement conjuré si le mal est pris à temps. Dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, la destruction des cornées ne s'effectue pas d'une manière tout à

fait aussi rapide ; mais le malade y reste plus longtemps exposé. Les considérations dans lesquelles je suis entré précédemment expliquent complétement ma pensée au sujet du pronostic.

On pourrait se demander : à quoi bon chercher à différencier l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë de l'ophthalmie gonorrhoïque, si le traitement est exactement le même dans les deux cas ? D'abord, on verra par les réflexions que je vais présenter qu'il n'en est pas tout à fait ainsi. Ensuite, n'est-il pas de la plus haute importance pour établir les droits à la pension, dans les cas de perte de l'un ou des deux yeux, de pouvoir reconnaître à laquelle de ces deux affections on a eu affaire, pour déclarer si les lésions sont ou non le fait du service militaire?

Dans les blennorrhées de l'œil, il est une indication qui domine toutes les autres. La purulence menace d'altérer la transparence des cornées; modifier la sécrétion, la tarir, voilà ce qu'il faut d'abord se proposer. Nous avons pour cela un agent certain, c'est le nitrate d'argent. J'ai en lui une telle confiance que, les cas de complication réservés, je n'hésite pas à affirmer que ces affections prises à temps, c'est-à-dire avant qu'il existe des altérations cornéales, et convenablement traitées, guérissent toujours sans laisser de traces.

Le pinceau, imbibé du soluté à parties égales, est promené sur toute la surface des conjonctives palpébrales. Indépendamment de cette cautérisation, je prescris une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée, dans la proportion de cinq grains par once. Ce liquide sert à faire des instillations, au nombre de trois ou quatre par jour, entre les paupières. Je crois cette pratique importante pour coaguler le muco-pus à mesure qu'il se forme et le rendre ainsi inoffensif pour les cornées, pour soutenir l'action de la cautérisation pratiquée et pour atteindre les portions de la conjonctive malade qui auraient pu y échapper.

Des compresses d'eau froide souvent renouvelées sont appliquées sur les paupières.

Le malade garde le lit et il est mis à un régime léger, désigné dans nos hôpitaux sous le nom de *diète avec pain*. Les jours suivants on augmente graduellement la quantité des aliments.

La sœur hospitalière injecte fréquemment de l'eau froide entre les paupières, dans le but d'empêcher la sécrétion d'y séjourner.

Le malade prend chaque jour trois cuillerées de potion de Chopart, dirigées contre l'écoulement de l'urètre.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur l'emploi des saignées dans ces affections. Les uns les croient indispensables dans toutes les blennorrhées oculaires ; d'autres, avec M. Gouzée, les considèrent comme généralement plus nuisibles qu'utiles. La distinction que j'ai établie me paraît de nature à lever toutes les hésitations. Dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, et celle-là est de beaucoup la plus fréquente dans nos hôpitaux, il existe un mouvement congestif très-prononcé vers l'œil, une lésion éminemment vasculaire, les saignées générales et locales sont positivement indiquées par l'état pathologique des tissus. Dans l'ophthalmie gonorrhoïque, le mouvement congestif est loin d'être aussi marqué, la lésion granuleuse préexistante manque, la cautérisation a substitué une action thérapeutique à un état pathologique, la saignée ne deviendrait utile que dans le cas d'une réaction trop vive à la suite de l'emploi du caustique, dans les complications, ou chez un sujet éminemment pléthorique.

La complication qui peut surtout indiquer la saignée, c'est la participation de la sclérotique et des autres tissus fibreux de l'œil à l'inflammation, état qui se révèle surtout par l'acuité des douleurs intra ou péri-orbitaires que le malade accuse.

Les saignées au nombre de une ou deux, selon les circonstances, sont alors suivies d'applications de sangsues. J'ai pour principe toujours, et surtout dans l'ophthalmie gonorrhoïque, de ne pas les appliquer aux tempes ; à cet endroit, elles augmentent l'état œdémateux des paupières et déterminent parfois le bubon pré-auriculaire, ainsi que j'en ai observé un cas l'année dernière dans ce service. Je choisis de préférence les apophyses mastoïdes.

Deux jours, quelquefois trois, après la cautérisation, la purulence se reproduit habituellement avec une certaine abondance. Il est alors nécessaire de revenir à une nouvelle cautérisation, qui suffit d'ordinaire dans l'ophthalmie gonorrhoïque pour ramener l'affection à un état plus simple. Les instillations sont continuées pendant deux ou trois jours encore. Je les remplace ensuite par le collyre de Conradi que je recommande de faire légèrement tiédir avant l'usage. Il sert à lotionner les yeux deux ou trois fois par jour.

Dans l'ophthalmie granuleuse, après deux ou trois cautérisations, le mal, pour avoir perdu ses caractères de gravité, n'en persiste pas moins ; de nouveaux attouchements sont nécessaires, mais je diminue alors graduellement la dose du nitrate. Concur-

remment, j'emploie les collyres résolutifs, les applications de sangsues, les révulsifs, les purgatifs suivant les cas. Ce n'est que lorsque toute trace d'acuité a disparu que j'ai recours au traitement ordinaire des granulations indolentes.

On a tenté l'emploi de l'acétate de plomb dans les ophthalmies purulentes. Lorsque, dans des affections aussi promptement désorganisatrices, l'on possède un agent aussi sûr dans ses résultats que le nitrate d'argent, je ne conçois pas l'essai de nouveaux moyens. Ces tentatives ont été malheureuses, et l'on ne tardera pas à revenir d'opinions exagérées sur la valeur de l'acétate de plomb dans les cas sur-aigus.

Quelques auteurs ont rapporté des faits d'ophthalmies purulentes déterminées sous l'influence d'un encombrement excessif, d'une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité, et d'autres conditions débilitantes. Je pense que ces faits sont analogues à ceux qui se produisent dans les expériences de M. Magendie, sur les yeux des chiens soumis à une alimentation incomplète. Je n'ai pas eu jusqu'ici à observer des faits de cette espèce, mais je crois qu'il ne conviendrait pas alors de se borner au traitement local; il faudrait y joindre un bon régime, convenablement réparateur, un air pur et l'usage des toniques, des amers, du quinquina.

DE L'EMPLOI DU COLLODION POUR DÉTERMINER UN ECTROPION ARTIFICIEL, DANS LE TRAITEMENT DE LA SYNÉCHIE OCULO-PALPÉBRALE ET DE QUELQUES ALTÉRATIONS DE LA CONJONCTIVE DES PAUPIÈRES;

par le docteur FLORENT CUNIER.

On sait avec quelle désespérante facilité les adhérences se reproduisent, dans la presque totalité des cas, après la division du tissu qui constitue le symblépharon, surtout lorsque le globe de l'œil n'est pas réduit à l'état de moignon et que l'on se trouve, par ce fait, privé de la ressource de l'introduction entre les paupières d'une coque en émail ou en plomb.

L'usage des pommades *détersives* et *siccatives*, vanté par Meges, Héraclide, Galien, Celse, etc.; l'interposition d'une lamelle de plomb, conseillée par Bartisch; d'un morceau de linge taillé en croissant et imbibé d'une solution astringente, comme le faisait Dionis; d'une feuille de parchemin ou d'un morceau de vessie, selon le conseil de Solingen et de Callisen, etc., etc., non-seulement n'empêchent pas le retour de l'adhésion, mais sont, dans la

grande majorité des cas, plutôt nuisibles qu'utiles. La cautérisation de la plaie palpébrale avec le nitrate d'argent, continuée jusqu'à la guérison de la plaie bulbaire, qui a été vantée par MM. Gensoul, Carron du Villards et autres, et que nous avons cru devoir recommander en nous appuyant sur quelques faits tirés de notre pratique, fournit parfois un résultat assez satisfaisant; mais ce résultat finit malheureusement toujours par s'effacer en totalité ou en grande partie, après un certain laps de temps.

« Le soin d'empêcher l'opéré de dormir longtemps de suite, la précaution qu'il doit observer de mouvoir souvent les paupières et le globe, l'introduction fréquente d'une tige arrondie et mousse entre les surfaces contiguës, sont à peu près, » comme le fait très-bien observer M. C. Deval (*Chirurgie oculaire*, p. 365), « les seules ressources à notre disposition en cette occurrence. »

Ces ressources ne sont pas bien héroïques; aussi s'estime-t-on très-heureux lorsque, par leur concours, on obtient que les synéchies, même très-limitées, renaissent moins prononcées qu'avant l'opération. C'est que ces divers moyens ne réalisent pas cette condition indispensable : maintenir hors de contact, jusqu'à leur cicatrisation, la plaie du globe et celle de la paupière, produites par l'opération.

M. Jüngken a cru arriver à cette fin en disposant une série de bandelettes agglutinatives destinées à éloigner la paupière du globe; mais ce petit appareil se relâche, se détache bientôt, surtout lorsque l'on doit faire usage d'applications froides. Ce moyen faisant défaut, le professeur de Berlin s'est adressé à la ligature de Lerche; à l'exemple du chirurgien russe, il a passé deux fils à travers la paupière, qu'il a maintenue écartée du globe en fixant les extrémités du lien à l'aide de bandelettes soit sur la joue, soit sur le front. L'inflammation qui survient après l'application de ces sétons n'a pas permis de rendre l'écartement assez considérable, ni de le maintenir pendant une durée convenable, et l'échec a été tout aussi complet.

Quelques chirurgiens ont cherché à maintenir l'éloignement au moyen de fils passés à travers le tissu symblépharique, et fixés ensuite sur la face, au moyen de bandelettes agglutinatives. Cette pratique ne manque jamais d'exciter de l'inflammation; l'appareil doit être levé dès le second ou le troisième jour, ou bien le fil divise la partie qu'il traverse, et l'on n'en retire ordinairement pour

effet qu'une adhérence plus intime qu'avant la section.—C'est ici le lieu de mentionner la conduite tenue par Fabrice de Hilden, qui, ayant trouvé un espace libre, chez un de ses malades, entre l'adhérence et le pli conjonctival, y passa une ligature, en réunit les chefs sur la joue, et y attacha un morceau de plomb qui, par son poids et ses mouvements, finit par couper la bride. La lecture de ce fait a inspiré à M. Brulet (*Ann. d'Oculistique,* XIX, p. 37) l'idée de traverser l'adhérence avec un plomb, de manière à y produire un canal, à l'instar de ce que l'on fait parfois dans les doigts palmés; le canal établi, il divise le *pont* (1). M. Brulet cite deux succès. Ne s'est-il pas trop hâté de les publier? N'aurait-il pas à s'adresser le reproche que nous nous sommes fait lorsque, à l'occasion de la note que nous écrivons aujourd'hui, nous avons recherché les opérés chez lesquels nous avions obtenu, par la division combinée avec la cautérisation, une amélioration tellement considérable de la difformité, que M. Burggraeve s'empressa de la signaler comme un succès? De ces succès et de quelques autres non moins encourageants, il ne subsiste presque plus rien. Dès que le travail de M. Brulet nous a été connu, nous avons essayé sa méthode; le résultat définitif a été nul, absolument nul.

Après avoir dressé l'inventaire des ressources que l'on peut appeler à son secours dans la simple diérèse des parties réunies et montré que l'expérience en a établi l'insuffisance, il nous reste à mentionner les procédés opératoires par lesquels des succès réels et permanents ont été obtenus, sans nous occuper toutefois de celui qui consiste à vider l'œil pour prévenir le retour de la synéchie.

En première ligne vient le procédé que M. d'Ammon a fait connaître il y a seize ans, et qui est généralement décrit d'une manière si inexacte, que nous croyons devoir reproduire ici l'exposition qu'en fait l'illustre oculiste de Dresde, dans l'ouvrage qui lui est commun avec M. le docteur Baumgarten (*Exposé critique de la Chirurgie plastique,* p. 260), et qui a été couronné en 1840 par la Société de médecine de Gand :

« Au moyen d'un bistouri effilé ou de ciseaux, on fait une incision triangulaire (en V) dans la paupière préalablement fixée d'une manière convenable, de sorte que la partie adhérente du globe y reste attachée, et par-

(1) M. Brulet paraît avoir ignoré que ce procédé a été décrit et mis en pratique avant lui par Himly, qui y a renoncé.

dessus cette portion moyenne on réunit les bords de la paupière fendue par des points de suture entortillée. Lorsque la réunion et la cicatrisation sont complètes, on détache avec précaution le lambeau palpébral qui est resté adhérent au globe. La surface avivée produite par cette opération se trouve alors en contact avec la muqueuse saine de la paupière et ne peut plus contracter adhérence avec elle... Lorsque la partie qu'on doit enlever est trop grande et qu'il n'est pas possible de réunir simplement la paupière divisée, à cause de la trop grande tension que cette réunion occasionnerait..., on est forcé de détacher la paupière jusqu'à une certaine distance du bord orbitaire et de la rendre ainsi mobile, en se servant à cet effet d'un bistouri effilé et mince. Si cela ne suffit pas pour s'opposer à la tension des parties, on a recours à l'incision latérale, et alors on atteint sûrement son but. »

Lorsque la synéchie est constituée par une bride simple et étroite, la méthode de M. d'Ammon peut être remplacée par l'opération imaginée par un oculiste américain, M. Isaac Hays, et qui consiste à réunir par la suture les bords de la plaie conjonctivale; la guérison de celle-ci une fois obtenue, en enlève la portion qui est demeurée attachée au globe (1).

Les cas dans lesquels on peut recourir aux deux procédés opératoires qui viennent d'être cités, sont peu nombreux. En effet, l'adhérence offre presque constamment des proportions qui ne permettent pas de songer à pratiquer l'opération de M. Hays, par laquelle, nous le dirons en passant, nous avons obtenu, de concert avec M. Bosch, deux succès réels constatés après deux ans. L'enlèvement d'un lambeau intéressant toute l'épaisseur palpébrale répugne toujours aux malades, et souvent aux chirurgiens; on ne peut d'ailleurs y recourir que dans la synéchie oculo-palpébrale partielle et plus ou moins centrale. Lorsque celle-ci est totale, ou à peu près, on ne peut s'adresser qu'au procédé de Dieffenbach, qui est celui-ci :

« Si le symblépharon affecte le voile inférieur, on fait une incision qui, de l'angle externe des paupières, se prolonge le long du nez; on en pratique ensuite une seconde commençant à la commissure externe et descendant verticalement jusqu'au bord inférieur de l'orbite; la paupière saisie avec une pince est alors détachée du bulbe avec le bistouri; de cette dissection résulte un lambeau quadrilatère qui contient le cartilage tarse. Les cils ayant été rasés avec soin, on replie le fragment pal-

(1) Voir *Annales d'Oculistique,* vol. XVIII, pp. 178-179.

pébral sur lui-même, d'avant en arrière, et de telle sorte que sa face épidermique se mette en rapport avec le globe, son bord ciliaire reposant sur l'arc orbitaire inférieur; on fixe par quelques points de suture les deux moitiés du lambeau ainsi disposés; les fils qui en traversent toute l'épaisseur sont noués au dehors; on contient, en outre, les parties par des bandelettes agglutinatives. Dès que la plaie du bulbe est guérie, on déplisse la paupière, en incisant les brides que présente sa paroi muqueuse, et on l'assujettit dans sa position naturelle par la suture entortillée; elle guérit alors à son tour, sans se souder à la face correspondante de l'œil déjà cicatrisée. Dieffenbach paraît avoir réussi à détruire ainsi le symblépharon à la paupière inférieure. L'opération se pratique au voile supérieur d'après les mêmes principes; mais elle ne doit être faite que sur une seule paupière à la fois, suivant ce chirurgien (1). »

Tel est le procédé décrit par Dieffenbach en 1830, et qu'un écrivain a donné en 1845, par distraction sans doute, comme neuf et appartenant à M. Blandin (2); celui-ci n'a eu d'autre mérite que d'avoir été le premier à mettre en pratique, en France, une opération qui n'y avait pas encore été instituée; mais il l'a modifiée de manière à rendre inutile la tentative à laquelle il s'est livré.

On conçoit très-aisément qu'il se trouve peu de malades disposés à se soumettre à une opération qui en nécessitera une seconde, et que le chirurgien ne recommande qu'avec tiédeur, n'institue qu'avec répugnance, un procédé d'une exécution aussi complexe, capable après tout, si des accidents inflammatoires surgissaient, de donner naissance à une difformité beaucoup plus grave que celle à laquelle il veut porter remède.

La chirurgie oculaire présente donc, sous le rapport du traitement de la synéchie oculo-palpébrale, un vide à combler. L'indication est bien établie; mais comment la remplir?

Nous avons trouvé dans le collodion un moyen qui atteindra, aussi sûrement que celui employé par Dieffenbach, le but que l'on doit se proposer; sa simplicité, la facilité de son application lui assureront très-certainement la préférence. Notre conduite diffère de celle du chirurgien de Berlin en ce que celui-ci fait surgir un *entropion,* auquel il faut ensuite porter remède par une nouvelle opération sanglante, tandis que nous formons un *ectropion*

(1) C. Deval, *Chirurgie oculaire,* 1844, p. 368.

(2) Voir les *Annales de Thérapeutique,* septembre 1845, p. 230 (*Symblépharon organique; opération nouvelle de* M. Blandin).

artificiel que l'on fait cesser quand on veut et sans la moindre intervention de l'instrument tranchant.

Voici comment nous procédons :

La bride ou l'adhérence ayant été divisée ou disséquée, suivant le cas, à l'aide des ciseaux ou du bistouri, nous disposons verticalement et en travers de la paupière un ou deux petits cordons, sur lesquels nous appliquons immédiatement une bandelette de linge large de 2 ou 3 lignes, imbibée de collodion, le long du bord palpébral, et nous y faisons autant que possible adhérer les cils.

Une seconde bandelette, également imbibée de collodion, est placée sur les cordons, à la région frontale, si c'est la paupière supérieure qui a été opérée, sur la joue, si c'est l'inférieure ; nous renversons alors la paupière, nous rapprochons les extrémités des cordons que nous nouons en rosette ; l'extroversion ainsi fixée, on peut la faire cesser momentanément, la diminuer ou l'augmenter quand on le juge convenable, sans devoir recourir à un nouvel appareil, le nœud pouvant être défait et rétabli après que l'on a changé le degré de tension des cordons.

Trois fois nous avons mis en usage ce mode de pansement, et trois fois l'issue a été complétement favorable.

Dans le premier cas, l'adhérence était le résultat d'une cautérisation faite dans un hôpital avec un agent chimique dont la nature nous est inconnue. Un tissu cicatriciel, nullement extensible, s'étendait du centre de la cornée au repli oculo-palpébral, sur une largeur de 3 à 4 lignes.

Le deuxième cas était plus favorable. A la suite d'une brûlure par de la chaux, il s'était produit deux brides en pont, distantes de 1 ligne, larges de 2 lignes, dont l'implantation à la paupière avait lieu, d'une part au bord inférieur, et de l'autre au bord supérieur du cartilage tarse ; elles étaient fixées au globe immédiatement sous le point de jonction scléro-cornéale où elles avaient une épaisseur de 3 lignes au plus. Ces brides étaient extensibles et permettaient d'éloigner la paupière à environ 2 lignes du globe. Deux fois déjà ces brides avaient été divisées sans succès dans un hôpital allemand.

Chez le troisième opéré, la difformité était née, comme chez le précédent, à la suite de l'introduction de chaux vive dans l'œil. La bride formait une espèce de triangle dont la base occupait le pli oculo-palpébral, depuis sa partie centrale jusques immédiate-

ment sous la partie inférieure de la caroncule lacrymale; le côté externe se dirigeait à angle droit jusqu'à 2 lignes au delà du centre de la cornée, et était rejoint en cet endroit par le côté interne, né sous la caroncule et passant à 1/4 de ligne du point lacrymal inférieur. La paupière pouvait être éloignée de près de 2 lignes du globe. Une fois déjà nous avions divisé cette bride et tenté, sans succès, de prévenir le retour de l'adhérence en déplaçant un lambeau de conjonctive scléroticale, et en employant la cautérisation journalière de la plaie palpébrale.

L'extroversion produite chez ces trois opérés par le collodion employé comme nous l'avons dit ci-dessus, a été maintenue d'une manière permanente pendant neuf jours chez le premier et chez le troisième malades; elle a dès lors été reproduite pendant quelques heures chaque jour et pendant toute la nuit, durant près de trois semaines; plus tard nous y avons encore eu recours de temps à autre chez le troisième, dans la crainte de voir survenir une rétraction trop prononcée du tissu cicatriciel de la rainure oculo-palpébrale.

Chez le second, nous avons fait cesser l'ectropion permanent dès le sixième jour. Après l'avoir reproduit durant cinq ou six nuits, nous avons cessé de le déterminer.

L'appareil ne s'est dérangé que du sixième au septième jour; il est vrai que chaque matin nous avions soin de passer une couche du liquide adhésif sur les bords des bandelettes de linge fixant les cordons. Un des nœuds s'était défait dès le premier jour, chez le second malade; il a été immédiatement rétabli par un de ses camarades.

La guérison a été, dans les trois cas, aussi complète que possible. Ce résultat ne manquera pas d'engager d'autres chirurgiens à suivre notre exemple. La méthode que nous recommandons leur permettra de mettre en usage la cautérisation, soit pour hâter la cicatrisation, soit pour éviter la formation d'une cicatrice difforme, comme nous avons dû le faire chez notre premier malade.

La plaie conjonctivale pourra être pansée, quand on le jugera utile, soit avec un plumasseau de charpie, ou un morceau de charpie anglaise, sec ou enduit d'un corps gras, soit avec des liquides, etc.

La seule recommandation que nous nous croyions tenu de faire, c'est de mettre l'œil à l'abri de l'air, au moyen d'une compresse pendue au devant de l'œil. Lorsque la tension des fils détermine

de la douleur, celle-ci cesse immédiatement par l'application d'un petit gâteau d'ouate que l'on fixe à l'aide d'un monocle lâchement appliqué.

On comprendra par ce que nous avons dit que l'on peut attendre des services certains de la formation d'un ectropion artificiel dans le traitement chirurgical des brides conjonctivales désignées par M. d'Ammon sous le nom de *symblépharon postérieur*. La fréquence de ces lésions dans notre pays, à la suite de cautérisations mal dirigées, nous a déjà fourni plusieurs fois l'occasion de nous assurer de l'efficacité de la méthode; nous devons insister toutefois sur la nécessité de ne pas trop se hâter de cesser l'extension du tissu nouveau interstitiel.

La cure de l'ankyloblépharon se trouvera également simplifiée et rendue plus certaine par l'emploi de ce moyen.

Nous ajouterons, avant de terminer, que nous avons été porté à étendre l'application du renversement palpébral artificiel au traitement des granulations et des végétations volumineuses de la conjonctive, surtout de celles de la paupière supérieure.

Durant les six derniers mois, nous nous sommes livré à une série non interrompue d'expériences qui ont eu pour résultat de démontrer de la manière la plus positive que la cautérisation avec les agents chimiques et particulièrement celle avec le nitrate d'argent, de même que les applications plombiques, exercent un effet d'autant plus prompt et plus avantageux que la paupière est consécutivement maintenue durant un plus long espace de temps au contact de l'air. Nous avons naturellement été amené à essayer de combiner le traitement de ces altérations avec la formation momentanée d'un ectropion; nous avons dès lors pu cautériser plus profondément qu'on n'a l'habitude de le faire, et nous servir de caustiques que leur activité ne permet pas d'employer avec sécurité lorsqu'on suit les errements ordinaires; il nous a été possible de revenir à des intervalles fort rapprochés aux applications plombiques et de les rendre plus efficaces; des pansements avec le tannin en poudre, des pommades tanniques et plombiques, ont été essayés; des cicatrices difformes ont été excisées et les plaies pansées avec la charpie enduite d'onguent, etc., etc. Les services que nous avons retirés de cette innovation ont été tellement remarquables dans quelques altérations fort anciennes, que c'est pour nous plus qu'un devoir d'engager ceux de nos confrères qui sont en position de s'assurer de la valeur du moyen que nous recommandons, à

l'essayer sans retard. Les éloges accordés par MM. Lerche, d'Ammon et autres, à la ligature palpébrale, que nous remplaçons par un moyen innocent et d'ailleurs plus maniable, leur fera, sans nul doute, accepter notre conseil (1).

DE L'EMPLOI DU TANNIN DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS OCULAIRES;

par le docteur A. DECHANGE,

médecin de régiment au 9e de ligne, etc., à Anvers.

Le dernier numéro des *Archives belges de médecine militaire* publie une lettre de M. Hairion, relative à l'emploi du tannin dans les affections oculaires. Sans attacher aucune importance à l'emploi de ce moyen, je crois devoir vous informer que dès le mois de novembre dernier (1849), j'ai eu recours à cet agent, tantôt en solution très-chargée, d'autres fois en l'appliquant à l'état pulvérulent au moyen d'un pinceau. Je donne la préférence à ce dernier mode d'administration, parce que la solution concentrée fournit un liquide trouble qui ne tarde pas à s'altérer par suite de la précipitation de l'acide gallique qui en est surtout l'élément astringent. J'ai communiqué, il y a plus de cinq mois, à M. le médecin principal Gouzée, le résultat des expériences que j'ai tentées, et qui constatent les avantages que l'on peut retirer de cette substance dans le traitement d'un grand nombre de maladies de l'œil; mais elle est restée sans succès chaque fois qu'elle a été dirigée contre l'état granuleux proprement dit, qui m'a toujours paru résister après que le boursouflement palpébral s'était effacé sous l'influence styptique du tannin.

Anvers, 14 septembre 1850 (*).

(1) La notice qu'on vient de lire était écrite et livrée à l'impression, lorsque nous avons reçu de notre excellent confrère et ami, M. le docteur Binard, l'analyse qu'on lit plus loin d'un ouvrage de M. Fronmueller; nous y avons lu (voir ci-dessous, p. 199) que M. Fronmueller a combiné longtemps avant nous la formation d'un ectropion artificiel avec la cautérisation de la conjonctive altérée. — Notre expérience vient donc confirmer celle de notre savant confrère de Fürth.

(*) On voit par cette date que M. Dechange n'avait pas connaissance, lorsqu'il a écrit la lettre qu'on vient de lire, de la note que nous avons insérée dans notre livraison des mois d'août et de septembre, p. 121, et dans laquelle nous avons démontré que rien n'est moins fondé que la prétention de *priorité* qui vient d'être élevée chez nous, relativement à l'usage du tannin à fortes doses, dans le

CHOLESTÉRITIS DE L'OEIL ;

par le docteur DESMARRES.

Voici la copie de la lettre que j'ai adressée le 10 septembre à l'Académie de médecine et qui a déjà été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*. Veuillez l'insérer textuellement.

« J'ai eu l'honneur de présenter, le 22 juin 1847, à l'Académie, deux malades qui offraient le singulier phénomène du scintillement de l'œil.

» Depuis cette époque, j'ai vu le même phénomène chez plusieurs autres malades, avec cette différence que les reflets lumineux occupaient, chez les uns, la chambre antérieure, chez d'autres, la capsule du cristallin ; chez d'autres enfin, très-probablement la membrane de Jacob.

» J'ai extrait des corps flottants de la chambre antérieure, et il a été reconnu qu'ils étaient composés de cholestérine. Dans ma première observation, en date du 24 août 1849, l'examen microscopique et chimique a été fait par M. le docteur Gräfe, de Berlin, et par M. Mialhe, agrégé à la Faculté ; dans la deuxième observation, par M. le docteur Mandl et par M. Regnauld, agrégé à la Faculté.

» Cette maladie paraît dépendre d'un état pathologique des diverses séreuses de l'œil. Dans un prochain travail, je publierai sous le nom de *cholestéritis de l'œil* les observations qui m'ont conduit à choisir cette désignation. »

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Beobachtungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde (observations ophthalmologiques) ; par le docteur G.-T. CHRISTOPH FRONMUELLER. Fürth, chez Schmidt, 1850, 8° pp. IV-90.

Les nombreux extraits que nous allons donner de cette brochure, qui a paru dans les premiers jours de janvier dernier, prouvent combien elle renferme de faits intéressants. Notre intention était d'abord de la reproduire en entier ; nous n'avons été

traitement de certaines maladies de la conjonctive. M. BINARD fournit plus loin, p. 201, dans sa notice sur l'ouvrage de M. FRONMUELLER, une nouvelle preuve à l'appui de ce que nous avons dit ; on y voit, en effet, que M. FRONMUELLER, dont le mémoire a paru en janvier dernier, se sert du tannin à des doses très-élevées (8 à 12 grains sur 40 d'axonge). On doit donc considérer la *question de priorité*, en ce qui concerne les fortes doses, comme définitivement jugée ; le champ reste ouvert pour les recherches sur l'action et les indications de l'emploi du remède. La lettre de M. DECHANGE fournit, sous ce dernier rapport, des données dont il pourra être tiré parti.

Note du rédacteur en chef des ANNALES D'OCULISTIQUE.

arrêtés que par les limites qui nous sont assignées dans ce journal.

M. Fronmüller entre en matière par des considérations statistiques pleines d'intérêt. — Le nombre des malades ophthalmiques qu'il a soignés depuis son début dans la pratique, en 1838, jusqu'à la fin de 1847, s'est élevé à 4,495. Sur ce nombre, les 4/5 ont été fournis par la ville de Fürth, 1/5 par les environs. — 120 ont été traités à l'institut ophthalmique fondé par lui au mois de janvier 1840, et qui forme maintenant la division des maladies oculaires de l'hôpital de Fürth. Cet institut est composé de deux salles : l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes.

Le chiffre des inflammations a correspondu assez exactement aux 3/4 de toutes les affections oculaires ; l'autre quart comprenait, pour plus de la moitié, des lésions suites des inflammations (un certain nombre d'amauroses, les maladies des voies lacrymales, le glaucôme, l'atrophie du globe, l'hypopion, etc.).

L'ophthalmie scrofuleuse a compris environ le tiers des ophthalmies ; elle a été observée 939 fois. Ce résultat est assez semblable à celui noté par le professeur Ruete pour Göttingue. Dans plus du tiers des cas, cette ophthalmie était pustuleuse. — L'ophthalmie des nouveau-nés a été rencontrée 64 fois, ainsi comme 1 : 49, sur tous les cas d'ophthalmie. — On a compté 313 cas d'ophthalmie traumatique, presque tous chez des individus du sexe masculin. — Le glaucôme, qui 3 fois se termina par la fonte purulente de l'œil, s'est présenté 14 fois. — Sur 309 malades atteints de cataractes, 2 offraient la *cataracte noire,* dont le diagnostic n'a présenté aucune difficulté ; malheureusement ils ne furent pas opérés ; la *cataracta spuria* a été vue 5 fois. — Les malades atteints d'amaurose et d'amblyopie étaient au nombre de 247. — Les affections des voies lacrymales ont fourni 78 cas. — Il y a eu 84 cas de taies de la cornée. — Dans 46 cas de tumeurs enkystées, 3 fois le siége de ces productions morbides était dans l'orbite, 43 fois dans les paupières. — L'été et le printemps ont fourni le plus grand nombre d'affections oculaires : elles ont été moins nombreuses pendant l'hiver et en automne ; le mois de juillet est celui qui en a donné le plus, et le mois de décembre en a présenté le moins.

Dans le second chapitre, l'auteur établit que la rougeole est une des causes les plus efficaces du développement de l'ophthalmie scrofuleuse : la présence de cet exanthème sur la conjonctive donne lieu à l'explosion, dans l'œil, de la dyscrasie scrofuleuse qui est encore latente ou qui s'est déjà manifestée dans d'autres organes.

De la fabrication des lunettes. — Tel est le titre du troisième chapitre. Les renseignements qui y sont consignés nous ont paru assez intéressants pour être reproduits presque en entier :

« Fürth (ville de 16,000 habitants dans la Franconie centrale) compte 10 fabricants de lunettes, qui emploient 80 ouvriers. Ceux-ci produisent annuellement environ 115,000 douzaines de paires de lunettes, qui servent à garnir les lunettes à monture et qui représentent une valeur de 30,000 florins; ils produisent en outre 150,000 douzaines de paires de verres destinés aux besicles qui se posent sur le nez, et qui sont d'une valeur de 104,000 fl. Chaque ouvrier fournit ainsi en moyenne 2,650 douzaines de paires annuellement, ou 50 douzaines par semaine, ce qui pourtant n'est pas tout à fait exact, car une partie de ce travail est exécutée dans les maisons de correction des environs. Le prix moyen d'une douzaine de verres de lunettes est d'un peu moins de 1|2 florin. Si on ajoute à la fabrication des verres de lunettes à Fürth celle qui se fait dans la ville de Nuremberg, qui en est peu éloignée et qui produit environ le tiers de Fürth, on voit que la fabrication des verres de lunettes s'élève annuellement dans cette contrée à un nombre d'environ 313,000 douzaines de paires, ce qui est certainement suffisant pour les besoins d'une grande partie des habitants de toute la terre. Les lunettes qui ont été confectionnées dans ces localités (et dont, pour le très-grand nombre, les verres sont déjà fixés) sont exportées dans tous les pays, en Angleterre et en France. Les besicles nasales sont surtout destinées pour la Turquie et pour l'Amérique. Dans le plus grand nombre des boutiques de lunettes de l'intérieur et de l'étranger, et même dans les instituts optiques, on rencontre les lunettes fabriquées à Fürth; mais naturellement elles portent un autre nom, et souvent le prix en est 100 fois plus élevé qu'à Fürth. Si je ne craignais de commettre quelque indiscrétion, je pourrais raconter à ce sujet quelques faits très-piquants.

» On fabrique aussi ailleurs beaucoup de verres de lunettes fines (à Bathenow, à Stuttgart, où on emploie le flintglass...).—Le rapport des verres périscopiques qu'on prépare ici, avec les verres ordinaires, est comme 1 : 153 ; celui des verres convexes avec les verres concaves : : 10 : 1. Ce dernier rapport est très-intéressant, car il donne la preuve que la presbytie est proportionnellement bien plus fréquente que la myopie. —Les numéros sont ordinairement fixés d'après les mesures de Bavière, quand il n'est pas spécialement demandé de le faire d'après les mesures françaises ou autres. Les numéros les plus employés sont, pour les besicles nasales, qui n'ont que des verres convexes, de 8 à 20 ; pour les lunettes montées avec des verres convexes, de 10 à 25; et pour celles avec des verres concaves, de 12 à 20. »

Traitement de la mydriase par l'emploi des lunettes, d'après la méthode de Cunier. — Les résultats avantageux que M. Fronmüller a retirés de l'emploi de verres convexes d'un numéro de plus en plus faible, dans le traitement de l'amblyopie, dans des cas où tous les autres moyens avaient échoué, l'ont engagé à y avoir recours contre la mydriase. Ce moyen lui a procuré une guérison complète et

prompte, qu'il s'explique de la manière suivante : Le traitement par les lunettes détermine une irritation spéciale de la rétine, en partie par l'augmentation de la lumière qui y arrive, et en partie par l'excitation directe de sa fonction. Cette irritation se réfléchit sur le cerveau et de là de nouveau sur le nerf oculo-moteur, qui par là est à même de neutraliser l'action du nerf sympathique qui détermine la dilatation de la pupille. Les observations suivantes, extraites du livre de notes de M. Fronmüller, sont destinées à justifier son opinion.

Obs. I. — La nommée D., âgée de 20 ans, atteinte dès sa tendre enfance d'affections scrofuleuses, avait fait un long séjour à l'hôpital pour un ulcère scrofuleux du pied. A sa sortie, elle avait appris à coudre et avait beaucoup fatigué ses yeux à cet exercice. En décembre 1843, elle vint réclamer les soins de M. Fronmüller pour l'affection oculaire suivante : La pupille de l'œil droit était dilatée à un haut degré et avait perdu sa mobilité ; dans le fond on apercevait une sorte de fumée légère, comme on le voit ordinairement dans les grandes dilatations pupillaires. La malade voyait pourtant encore bien les objets distants, mais elle ne distinguait qu'imparfaitement les objets peu éloignés ; elle ne pouvait plus lire, mais elle reconnaissait encore le nombre des doigts qu'on présentait devant ses yeux. Elle se plaignait d'une faible douleur avec compression et tiraillement dans cet œil. L'œil gauche, sauf une petite taie, suite d'une ancienne ophthalmie scrofuleuse, ne présentait rien d'anormal. L'iris, brunâtre, réagissait convenablement à la lumière. Si la malade fermait l'œil droit, elle voyait alors encore bien ; avec les deux yeux elle voyait les objets troubles et d'une manière confuse. Sa santé était toujours assez bonne, et les règles étaient tout à fait régulières. — Le 27 décembre 1845, elle entra à l'institut ophthalmique de Fürth. Pendant 15 jours elle fut soumise à un traitement modéré et révulsif, tout en recommandant le repos le plus absolu des organes oculaires ; mais cela n'ayant produit aucune amélioration, M. Fronmüller eut recours à la méthode de M. Serre (d'Uzès), c'est-à-dire à la cautérisation du bord inférieur de la cornée ; mais cette médication dut bientôt être abandonnée, car elle irritait trop violemment l'œil. M. Fronmüller commença alors à essayer l'emploi des lunettes ; il fit le premier essai le 9 janvier 1846. Au moyen d'un verre convexe n° 14, la malade put distinguer de l'œil affecté et avec la plus grande facilité les objets peu distants, et fut à même de lire le caractère d'impression ordinaire. L'œil gauche étant couvert, elle fit journellement des lectures courtes d'abord, et plus tard de plus en plus prolongées. Le 11 juin, elle pouvait déjà se servir du n° 24 ; le 12, elle pouvait lire avec le n° 26. Contre toute attente, la guérison fut très-prompte. La pupille se rétrécissait au fur et à mesure que la vision s'améliorait. Le 13, elle put lire avec le n° 33 ; le 19, avec le n° 60 ; le 22, avec le n° 80, et le 26, avec le n° 90. Dès le 28, elle fut à même de lire sans lunettes. Si elle enlevait le bandeau de l'œil gauche, elle ne pouvait alors prolonger longtemps la lecture, car il survenait bientôt du trouble et du dérangement dans la vision. Les exercices de lecture continués

pendant un certain temps finirent par ramener l'harmonie de la vision. Le 31, elle voyait parfaitement bien des deux yeux à la fois. La pupille de l'œil droit avait repris son diamètre normal et elle jouissait de la même mobilité que celle de l'œil gauche. Le 2 février, la malade quitta l'institut complétement guérie. A l'exception de quelques purgatifs, la malade ne prit aucun remède interne pendant tout le temps de sa cure.

Obs. II. — Le 4 mai 1847, la nommée Fr., brune, trente-six ans, vint trouver M. Fronmüller, dans un état de grande consternation. Ayant toujours joui d'une bonne santé, elle éprouvait depuis quatre semaines un dérangement considérable dans la vue de l'œil droit. Son médecin, professeur distingué, comme elle me dit, regardait son mal comme une cataracte commençante et considérait l'œil comme perdu. Je trouvai la pupille droite très-dilatée et immobile; le fond de l'œil était aussi à cet endroit un peu trouble. La malade ne distinguait les objets peu distants de cet œil que d'une manière imparfaite; elle les voyait mieux au moyen d'un trou pratiqué dans une carte : elle pouvait aussi lire le caractère d'impression avec un verre convexe du n° 11. L'œil gauche était à l'état normal. A cause d'une complication gastrique, on lui fit prendre avant tout un émétocathartique.

Le traitement au moyen des lunettes commença le 13.

L'*exercice systématique* de la lecture se fit d'abord avec un verre convexe du n° 11; on le continua avec soin, et dès le 20 du même mois, la malade pouvait lire le caractère d'impression ordinaire avec le n° 24. La pupille était alors presque revenue à son diamètre normal, et elle avait récupéré l'intégrité de ses mouvements. Le trouble de la vue avait disparu.

Le chapitre V traite de l'*ophthalmie d'Égypte;* il ne contient rien de particulier, si ce n'est que l'auteur, pour empêcher le contact de la paupière cautérisée par le nitrate d'argent avec le globe de l'œil et éviter les inconvénients qui peuvent en résulter, conseille, comme moyen le plus sûr d'atteindre ce but, de former et d'entretenir un ectropion. La manière la plus facile et la plus certaine de former cet ectropion est, dit-il, d'employer le procédé de Lerche-d'Ammon pour la ligature palpébrale (1). La paupière est traversée dans son milieu et près de son bord libre avec une aiguille qui conduit un petit ruban très-étroit; lorsque le ruban a été convenablement engagé, elle est tirée en dehors sur une petite sonde qui lui sert de support, de manière que, selon le besoin, une plus ou moins grande partie de la surface interne de la paupière est extroversée. Cet ectropion artificiel est maintenu en ayant soin de tendre fortement le petit ruban qui est attaché au front au moyen de bandelettes agglutinatives placées transversalement. Ce procédé est surtout applicable à la paupière

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. X, pp. 281-283.

supérieure, car dans beaucoup de cas il suffit de maintenir la paupière inférieure renversée au moyen de bandelettes agglutinatives. Quand on a formé, de cette manière, un ectropion, on peut alors, sans danger pour le globe, cautériser la paupière, et les cautérisations peuvent être répétées plus fréquemment. L'ectropion artificiel peut, selon qu'on le juge nécessaire, et que l'irritabilité de l'individu le permet, être maintenu pendant 4 à 6 jours. . . « Par ce procédé, dit l'auteur, le traitement est susceptible d'être abrégé de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois, car les cautérisations peuvent dès lors se succéder, sans inconvénient, à intervalles beaucoup plus rapprochés... » Ce mode de traiter les granulations ne nous paraît ni simple ni facile; il se pourrait toutefois qu'il fût avantageux dans quelques cas chroniques de granulations très-développées dans lesquelles il faut agir puissamment pour détruire la production anormale (1).

Nous, trouvons dans le chapitre intitulé : *De quelques remèdes ophthalmiques*, des détails importants à connaître, surtout à cause des prétentions qui viennent d'être produites relativement à la priorité de l'emploi du tannin à haute dose.

M. Fronmüller a employé la *conéine* avec succès dans la forme éréthistique de l'ophthalmie scrofuleuse, lorsqu'il existait un blépharospasme et une photophobie considérables. Il fait préparer une solution de quatre gouttes de conéine dans 5 gros d'eau, avec un scrupule d'esprit-de-vin : cette solution sert à pratiquer des frictions plusieurs fois par jour autour de l'œil; elles produisent parfois, au rapport de l'auteur, des résultats surprenants.

Dans les taies de la cornée, il a eu beaucoup à se louer du sulfate de cadmium qu'il administre de la manière suivante :

℞ Cadmii sulph., gr. IV.
Aquae rosarum, ℥ ß
Tinct. opii vin.

Ou, selon les circonstances,

Tinct. opii crocat., ℈ß—ʒß.
M. D. S. pour un collyre à instiller par gouttes.

M. Fronmüller est grand partisan de l'emploi de la *poudre de Dower* dans les ulcères de la cornée accompagnés de violentes

(1) M. Cunier, dans les essais cliniques auxquels il s'est livré, au lieu de passer le fil à travers les téguments, l'a simplement fixé à l'aide du collodion; la formation de l'ectropion artificiel est ainsi rendue beaucoup plus simple. (Voir ci-dessus, pp. 186-194.)

douleurs, se montrant surtout la nuit; il les recommande également dans les lésions douloureuses et purement traumatiques.

M. Fronmüller a employé le *tannin*, *tantôt en collyre*, *tantôt en pommade*, d'après les formules suivantes :

℞ Tannini, gr. vi—xij Aquae distillatae, ℥ij Tincturae opii vinosae, ℈ß—ʒj M. D. S. pour collyre.	℞ Tannini, gr. viij—xij Axungiae porci, ℈ij M. fiat Unguentum ophthalmicum.

L'auteur fait, à propos de ces formules, la remarque suivante :

« Quoique l'on puisse élever des doutes fondés sur la composition chimique de ce collyre, il n'en agit pas moins d'une manière très-efficace dans les ophthalmies chroniques affectant la forme torpide; il faut seulement avoir soin de bien secouer la bouteille avant de s'en servir. Cet astringent végétal est préférable aux agents minéraux de cette catégorie, parce qu'il est d'une plus grande bénignité, et est mieux supporté ; et cependant il produit une contraction énergique du tissu vasculaire. »

M. Fronmüller parle dans les termes suivants de l'emploi des verres convexes bleus dans le traitement de l'*asthénopie* (fatigue oculaire, kopiopie) :

« . . . Sous le rapport du traitement de l'asthénopie, il suffit, dans le principe, de laisser les yeux dans l'état de repos le plus complet possible; malheureusement il est bien peu de malades qui puissent se soumettre à cette dure extrémité. Plus tard, les bains de rivière, les douches froides selon la méthode de Jüngken, les frictions spiritueuses et principalement les longues promenades à pied, peuvent aussi être de quelque utilité; mais ces moyens sont insuffisants quand la maladie dure depuis plusieurs années. Il n'est qu'un seul moyen qui, grâce aux progrès de la science, puisse, sans section musculaire, calmer non-seulement les accidents de la kopiopie, mais aussi, ce qui est d'un prix inestimable pour beaucoup de gens pauvres, mettre à même *de se servir des yeux pour un travail modéré*. Ce moyen consiste dans l'emploi bien réglé de verres convexes bleus, auxquels je préfère, pour mon compte, ceux qui tirent sur le gris, parce qu'ils laissent voir les objets d'une manière plus naturelle que les verres tout à fait bleus, etc. Il ne faut se servir de ces lunettes à verres bleus convexes que pendant les heures de travail. Je fais ordinairement commencer par les nos 24 jusqu'à 50. Plus le mal est invétéré, plus le numéro du verre doit être fort; les objets qu'on doit apercevoir doivent, par conséquent, paraître augmentés de volume. Le malade qui auparavant voyait promptement sa vue se troubler quand ses yeux devaient être fixés, même très-peu de temps, sur un même objet, pourra, à sa surprise, lire et travailler maintenant sans interruption et pendant plusieurs heures. Ce résultat étonnant s'explique simplement, en effet, par la raison que les objets à regarder sont plus éclairés au moyen de la convexité des verres; la lumière étant d'ailleurs moins vive, la puissance d'accommodation des muscles de l'œil n'est presque pas mise en jeu, et de cette manière ils n'éprouvent pas de fatigue. Après un certain temps, ces

verres peuvent graduellement être remplacés par des verres moins convexes et moins colorés en bleu, et même peu à peu être tout à fait mis de côté, tout comme on le fait dans le traitement de l'amblyopie torpide au moyen des lunettes d'après la méthode de M. Cunier. Le moyen dont il vient d'être question m'a toujours réussi jusqu'à présent. J'ai pu ainsi guérir des malades qui, après avoir tenté vainement tous les moyens ordinaires, étaient dans un état de désespoir presque complet. »

Éclairage au moyen des globes de verre, employé dans différents métiers. — Cette pratique fournit à M. Fronmüller l'occasion des remarques que voici :

« On a reproché, en général, à ce mode d'éclairage, d'irriter les yeux et de les prédisposer à l'inflammation. J'ai autrefois partagé moi-même cette opinion ; mais aujourd'hui je suis persuadé que cette manière d'éclairer est très-utile pour les ouvriers qui doivent nécessairement travailler à la lumière artificielle. Ses avantages seront encore plus grands si on a soin de remplir les globes d'eau colorée en bleu; on obtient ainsi, d'une manière simple et économique, un éclairage qui est des plus avantageux pour les yeux des travailleurs, et qui a pour effet de les conserver en bon état, ainsi que tous s'accordent à le déclarer...

« Les résultats avantageux et importants que fournit le mode d'éclairage par les globes lumineux, à savoir : une plus grande intensité de la lumière, le refroidissement et une plus grande netteté des rayons lumineux, suffisent pour qu'on désire qu'il soit généralement adopté. Il pourrait être aussi employé utilement pour lire et écrire le soir... »

Dans son chapitre XVIII, l'auteur rapporte l'observation d'une modiste qui était « un peu hystérique, » et chez laquelle il se manifesta une névrose des nerfs des muscles de l'œil, « qui touchait de près à l'épilepsie. » Cette femme était âgée de trente-cinq ans, et avait beaucoup fatigué ses yeux en travaillant la nuit à des objets de couture. Un jour, elle fut prise subitement de douleur dans les yeux ; les globes convulsés étaient dirigés en haut, de sorte que le blanc de l'œil seul était visible, et les paupières étaient le siége de légers mouvements convulsifs : bientôt elles se contractèrent spasmodiquement, restèrent fermées pendant un temps de courte durée, après quoi elles s'ouvrirent de nouveau et l'accès se termina. Un sentiment douloureux de pesanteur dans le front persista pendant quelque temps. Il n'y eut pas de larmoiement. La malade déclara que, pendant l'accès, elle avait perdu toute connaissance. Dans le principe, ces paroxysmes se renouvelaient fréquemment, de sorte que la malade n'osait plus sortir sans être accompagnée. M. Fronmüller prescrivit d'abord le repos le plus absolu des yeux, et fit prendre le sous-carbonate de fer à doses graduellement plus élevées. Au bout de quelques mois, cette affection singulière avait disparu ; elle ne s'est plus reproduite.

Monomania ophthalmica. — Sous ce titre, M. Fronmüller rapporte le fait suivant :

Obs. — Une femme de la campagne, petite et maigre, âgée de 40 ans, sans enfants, d'un tempérament extrêmement irritable, reçut un éclat de bois sur l'œil droit. D'après ce qu'elle dit, elle éprouva sur le coup de la douleur avec vision d'étincelles lumineuses. Le médecin du lieu qu'elle habitait prescrivit une application de sangsues et des lotions avec l'eau de Goulard.

Le sixième jour après l'accident elle vint consulter M. F. Elle était très-agitée, et disait que tous les objets lui paraissaient comme plongés dans une épaisse fumée qui planait au-devant de l'œil malade; elle se plaignait de céphalalgie et elle pensait qu'elle allait devenir aveugle. M. F. l'examina attentivement : il ne reconnut aucune trace d'inflammation; les milieux étaient tout à fait transparents; la pupille était dans l'état normal, ainsi que toutes les autres parties. Lorsqu'on plaçait un livre devant ses yeux, elle pouvait parfaitement lire de l'œil droit; elle pouvait aussi très-bien reconnaître de ce côté les objets distants. Les jours suivants, les mêmes plaintes se renouvelèrent, et l'appréhension de devenir aveugle devenait de plus en plus prononcée. Les choses restèrent dans cet état pendant huit jours. L'idée morbide augmenta graduellement, quoique d'ailleurs la malade pût toujours aussi bien lire et distinguer les objets distants de l'œil droit que de l'œil gauche. Elle n'écouta plus les conseils de l'auteur, se plaignit d'être abandonnée, et elle alla s'adresser à d'autres médecins. M. Fronmüller a appris plus tard que d'autres idées morbides vinrent se joindre à l'aberration de sensation primitive; l'état de la malade n'avait pas tardé à devenir tel, qu'on avait été obligé de la faire entrer dans une maison d'aliénés, d'où elle était sortie guérie au bout d'un certain temps.

Nous nous bornerons à mentionner les chapitres dont nous n'avons pu nous occuper. — Le chapitre VI renferme quelques plaisanteries à l'adresse de M. Tavignot, relativement à la *blépharite ponctuée* que ce confrère a décrite (*Ann. d'Ocul.*, XVIII, p. 199) comme une affection nouvelle. Le chapitre VII est destiné à la narration d'un fait dans lequel deux fragments de verre, l'un, long de 2 1/2 lignes, épais de 1/2 ligne, l'autre, triangulaire sur la même longueur, ont séjourné pendant plus d'un mois dans l'orbite. Un cas de pupille double spontanée, à la suite d'une blessure perforante du globe, terminée par une cataracte traumatique dont l'absorption a été obtenue, fait l'objet du chapitre VIII. Le papier vésicant et surtout le collodion cantharidal sont vantés, pour l'usage ophthalmologique, dans le chapitre IX dont nous avons donné quelques extraits. (M. Borelli a fait vivement l'éloge du collodion cantharidal dans les *Annales d'Oculistique*, août-septembre, p. 93.) Le chap. X est consacré à l'exposition d'un cas d'iridérémie accidentelle (décollement complet de l'iris, et absorption de cette

membrane; la vision s'est faite pendant quelque temps après la disparition des accidents inflammatoires, mais elle n'a pas tardé à s'effacer complétement). Une ossification trouvée entre la rétine et la choroïde fait l'objet du chapitre XI. — *Myopie à distance*, tel est le nom donné par l'auteur, qui en rapporte un exemple (chap. XII), à l'affection particulière observée par MM. Kerst et Sichel (*Annales d'Ocul.*, XVII, p. 190). Une notice sur la régénération du cristallin, dont il a observé deux cas, forme le chapitre XIV. Il est traité, chap. XV, de l'influence des affections de l'âme sur les ophthalmies; chap. XVII, des remèdes ophthalmiques populaires en usage à Erfürt et dans les environs. Le chapitre XVIII et dernier est intitulé: *Courtes notices*. L'auteur y expose, outre les deux faits qui ont été cités ci-dessus, un exemple de *faible vulnérabilité des yeux*; une observation de *résorption rapide d'une cataracte traumatique chez un chien;* une autre témoignant de la rapidité avec laquelle se régénère l'épithélium de la cornée, etc., etc.; enfin, il raconte quelques aventures qui lui sont arrivées en opérant. — Un jour il opérait par l'aiguille: la femme cataractée s'était gorgé l'estomac d'aliments deux heures auparavant; l'instrument avait à peine traversé la sclérotique qu'il se manifesta de violents vomissements; l'aiguille ne fut pas retirée et l'opération fut achevée: il ne survint pas de nouveaux vomissements. — Une autre fois, il dut interrompre une opération de pupille artificielle à cause d'un accès d'épilepsie qui se déclara au moment où le crochet fut implanté dans l'iris à décoller. L'opération eut lieu plus tard sans accident. — L'assistant ayant lâché la paupière, dans une scléroticonyxie, l'aiguille dut être retirée de l'œil; la paupière fut de nouveau fixée et l'opération eut lieu. — Plusieurs fois M. F. a vu le cristallin passer dans la chambre antérieure, en opérant la scléroticonyxie; il l'a piqué avec l'aiguille passée à travers la pupille, et l'ayant ramené dans la chambre postérieure, il en a fait l'abaissement. — Dans un cas d'extirpation d'une tumeur de l'orbite, M. F. se servit, pour aide, du père du petit malade qu'il opérait. Le pauvre père fut pris de syncope, et M. F. dut remettre l'opération à un autre jour, ce qui ne put avoir lieu qu'après avoir longtemps parlementé avec l'enfant. Il eut soin, cette fois, de faire choix d'un aide sûr.

Nous l'avons dit en commençant, tous les faits rapportés par M. Fronmüller sont intéressants; ils témoignent hautement de l'esprit d'observation exacte de ce médecin, et c'est bien à regret que nous avons renoncé à les consigner tous dans ce recueil.

FÉLIX BINARD, D. M.

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXIV. — 4e série. Tome 6e. — 5e livraison.

30 NOVEMBRE 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES MOTS SUR LES DIVERS MODES DE TRAITEMENT DES GRANULATIONS, EN USAGE DANS L'ARMÉE BELGE;

par le docteur **DE CONDÉ**,

médecin de régiment au 6e de ligne, etc., à Liége.

§ I. — Tendance actuelle. — La tendance qui se manifeste relativement à la thérapeutique de l'ophthalmie de notre armée est évidente; elle a pour objet de remplacer les collyres liquides ou aqueux par des collyres gras ou secs, soit qu'ils agissent comme modificateurs, soit qu'on les emploie comme astringents ou comme caustiques.

Ce progrès réel est un retour vers la thérapeutique ancienne. Celse employait contre les *aspérités* des conjonctives palpébrales une foule de collyres cathérétiques ou stimulants, qui étaient presque tous pulvérulents ou à l'état de mucilage épais; celui d'Évelpide, oculiste contemporain de Celse, connu sous le nom de *Trygode*, s'appliquait sur la conjonctive en couches plus ou moins épaisses au moyen d'un pinceau. Beaucoup de *Riefs* ou collyres arabes s'appliquaient sur la conjonctive des paupières, soit à l'état pulvérulent, soit à l'état de mucilage très-épais. Par l'emploi des collyres de ce genre, nous nous conformons également aux habitudes des Égyptiens modernes, bien familiarisés avec notre mal d'yeux.

« Les collyres dont ils (les Égyptiens) font usage, dit M. Rouger (1),

(1) *Notice sur les médicaments usuels des Égyptiens*, par Rouger, membre de la Commission des Sciences et des Arts d'Égypte, — dans la *Description de l'Égypte* ou *Recueil des observations et des recherches qui ont été faites en Égypte pendant*

sont nombreux et tous sous forme sèche. Ils se composent de poudres dessiccatives, de sels naturels ou factices, et de toiles qui ont séjourné dans des liqueurs astringentes. Quelques-uns sont apportés au Caire tout préparés; ce sont des espèces de trochisques composés de sels métalliques, de substances terreuses et alcalines. Il y en a d'une multitude de formes, et qui varient aussi par leur couleur. Ces compositions se font à la Mekke, où les pèlerins les achètent pour les revendre à leur retour, ou en faire usage s'ils sont surpris de l'ophthalmie pendant leur voyage. »

§ II. — Emploi de l'acétate neutre de plomb, selon la méthode de M. Buys. — Ce traitement est remarquablement rationnel. Il est démontré, en effet, qu'à moins que les agents topiques n'aient une action profonde et ne détruisent les tissus, leur action trop instantanée n'amène qu'une amélioration également momentanée, et que leur application trop fréquemment répétée présente des inconvénients. Si la cautérisation n'entame pas profondément les tissus, on voit souvent les granulations pulluler de plus belle et décourager les malades et les médecins; si la cautérisation est profonde, d'autres inconvénients bien connus peuvent se présenter. Les attouchements trop souvent réitérés ont pour effet de congestionner itérativement l'œil, d'être suivis quelquefois d'une certaine faiblesse de la vue et d'une gêne dans les mouvements des paupières dépendant d'un phimosis palpébral consécutif qui fait paraître les yeux plus petits.

Nous venons de dire que l'application de l'acétate de plomb dans le but d'amener l'extinction des granulations est des plus rationnelles. En effet, l'action de cet agent est puissante, profonde et durable; il ne détruit rien et ne dénature les tissus que pendant un temps suffisant pour mettre le patient à l'abri des récidives; son emploi, quelquefois douloureux, l'est à un moindre degré que les autres agents actifs connus, qui sont *destructeurs* de la conjonctive. Peu d'applications sont relativement nécessaires; les suites en sont simples, et jamais nous n'avons eu d'accidents à déplorer à la suite de son emploi.

Les succès obtenus par M. Buys d'abord, et par M. Florent Cunier ensuite, nous ont engagé à recourir à l'acétate neutre de plomb : nous l'avons mis en usage dans les cas de *granulations vésiculeuses* prises à leur début aussi bien qu'à un degré plus avancé, dans les

l'expédition de l'armée française, 2e édition dédiée au Roi. — Panckouke, 1822, t. XI, pp. 433-434.

granulations charnues anciennes et dans les *engorgements lymphatiques marginaux* de la conjonctive palpébrale. En l'employant, nous avons eu soin, chaque jour, de le réduire en poudre impalpable, l'agrégation rapide de ses particules pulvérulentes le rendant moins propre à être étendu sur la conjonctive et occasionnant des dépôts partiels dont l'élimination par l'absorption devient très-difficile, pour ne pas dire impossible ; nous avons également pris la précaution de n'en faire pulvériser que de petites doses à la fois, parce qu'à cet état il perd bientôt de son activité et finit par ne produire que peu d'effets ; il se transforme alors, selon M. Bouchardat, en carbonate ou en oxyde de plomb, suivant qu'il reste ou non exposé à l'air ambiant.

Pour l'appliquer sur les parties de la conjonctive qu'on veut atteindre ou modifier, il suffit de mouiller un pinceau (1) avec un peu d'eau, et de l'immerger dans la poudre de sel de plomb ; après avoir renversé la paupière et mis la conjonctive malade à nu, on y passe le pinceau ainsi recouvert de sa couche d'acétate de plomb et on étend celui-ci sur toute la partie affectée, de la même façon que si l'on étendait de la couleur sur un papier ; le pinceau est passé et repassé autant de fois qu'on le juge nécessaire d'après le résultat plus ou moins profond qu'il faut obtenir. Lorsque la poudre a été suffisamment étendue sur la surface à modifier, on y passe le pinceau trempé dans l'eau pure, et on lave la surface touchée afin d'y laisser le moins de sel possible.

A peine l'acétate a-t-il touché la conjonctive palpébrale, qu'on voit la surface, auparavant d'un rouge vif ou foncé, prendre une teinte rosée douce et blanchir ; les saillies vésiculeuses semblent disparaître instantanément et l'on voit les granulations charnues diminuer de volume.

La sécrétion des larmes est généralement abondante lorsqu'on vient d'appliquer le sel de plomb. Pour ce qui est de la douleur, elle ne dure, en général, qu'un quart d'heure à une demi-heure ; chez beaucoup de malades elle n'existe qu'un instant ; chez quelques-uns elle persiste pendant plusieurs heures. Toutes choses égales, cette douleur ne peut nullement être comparée, pour l'intensité, à celle

(1) Le pinceau qu'emploie M. Cunier et auquel, selon son conseil, nous avons eu recours, est un pinceau plat, monté sur un manche en bois ; il en est fait usage par les peintres en appartements pour tracer les lignes. — L'acétate s'applique beaucoup mieux au moyen de ce pinceau qu'avec ceux en poils de martre ou de chameau.

qui résulte de l'emploi du caustique lunaire; aussi les ophthalmiques ne la redoutent-ils pas.

Après l'emploi de cet agent, plus de ces sécrétions muqueuses ou purulentes abondantes, et ces gonflements palpébraux, de même que ces réactions quelquefois inquiétantes vers l'œil, si fréquentes sous l'influence du caustique lunaire, sont en général rares; c'est à peine si les malades se plaignent d'un peu de collement des paupières le matin.

Si on examine les paupières touchées, un quart d'heure après l'application de l'acétate plombique, elles présentent une surface piquetée de blanc; ce sont des particules de sel de plomb combinées avec la substance même de la conjonctive coagulée sous l'épithélium muqueux; les intervalles de ce piqueté continuent à présenter une coloration rosée. Vingt-quatre heures après cette application, et lorsque le sel de plomb a été lentement étendu, on remarque que les parties le plus fortement touchées sont transformées en une couche très-mince et que les parties voisines ont légèrement rougi. — Sept ou huit jours suffisent parfois pour qu'il n'en reste plus de traces, mais on continue à y retrouver pendant assez longtemps le piqueté blanc que nous avons mentionné.

Il nous a suffi d'un attouchement à chaque paupière dans les granulations commençantes. L'application du sel de plomb sur la conjonctive a pour résultat, dans ces cas, de coaguler uniformément toute la surface sous-épithéliale sur laquelle le sel a pu agir, et par conséquent les corps glanduleux rétro-tarsiens, qui cessent de sécréter; aussi remarque-t-on avec étonnement, peu de jours après l'application du sel, que les conjonctives ne présentent plus dans leurs replis ces filets de mucus qu'on retrouve toujours sous l'emploi d'autres moyens. L'acétate de plomb agirait donc en coagulant la matière gélatineuse et albumineuse des granulations vésiculeuses et s'opposerait à une nouvelle sécrétion de ces corps.

Lorsqu'on attaque les granulations charnues tarsiennes, la conjonctive qui sépare ces petits corps est seule influencée par l'action du sel; les saillies granuleuses, bien qu'elles se rétrécissent et se flétrissent bientôt, conservent leur couleur rouge, et jamais on n'y remarque de coagulation albumineuse.

D'après ce qui précède, la méthode de M. Buys présente les avantages suivants :

Peu de douleur; plus grande tolérance de la part de la conjonctive, partant pas d'accidents vers l'œil; une grande facilité de porter le

modificateur partout dans le repli de la conjonctive palpébrale supérieure, sans inconvénients pour l'œil ; pas de sécrétions ou suppurations abondantes des parties limitrophes de la partie touchée, donc moins de chances ou même pas de chances de recrudescence épidémique au sein de nos salles de granulés, résultat évidemment de la plus haute importance.

Ajoutons que la moyenne du traitement est de beaucoup plus courte que dans les autres méthodes et que certaines granulations charnues, qui résistent avec ténacité à l'action du caustique lunaire, cèdent à l'application itérative du sel de plomb.

C'est un agent au plus haut point précieux dans l'ophthalmiâtrie civile, où la guérison des granulations devient souvent difficile ou impossible par la crainte qu'inspirent aux malades les cautérisations avec le nitrate d'argent.

A l'encontre des astringents en général, l'acétate de plomb, ainsi appliqué sur la muqueuse palpébrale, ne suscite point de réaction; la conjonctive, qui pâlit immédiatement, reste pâle et pâlit davantage pendant les premières heures et les premiers jours qui suivent, et d'autant plus, en général, qu'on s'éloigne du moment de l'application.

On conseille de ne point appliquer les astringents sur des surfaces qui sont le siége d'une inflammation un peu intense ; on les regarde même comme nuisibles dans ces cas ; dans les applications plombiques, l'état inflammatoire n'empêche nullement l'action du remède, et les effets déjà relatés s'y montrent également. Il est juste de dire cependant que l'effet en est moins persistant et que les applications doivent être plus rapprochées.

On ne peut méconnaître que l'acétate de plomb appliqué sur la conjonctive palpébrale exerce une action complète ; elle se traduit d'abord par une astriction générale des tissus touchés et bientôt par la coagulation de l'albumine et de la gélatine qu'ils renferment. On remarque, peu de temps après cet attouchement, que les corps vésiculeux qui faisaient relief à la surface du repli conjonctival ne sont plus visibles, que la surface de la conjonctive est, au contraire, devenue lisse, polie, sans parties en relief. Les *granulations vésiculeuses ont donc presque instantanément disparu en même temps que la surface plombée a perdu de son étendue, de son ampleur.* — A ces effets il faut en ajouter un autre : si le mal était encore peu profond, on remarque, peu de temps après l'attouchement, que toute sécrétion muqueuse est tarie, et lorsque l'albuminate vient à être

résorbé, que la conjonctive est remarquablement lisse et qu'il ne reste pas la moindre trace des granulations existant antérieurement. L'acétate de plomb a donc dû agir sur les petits corps glanduleux, qui, modifiés dans leur nature et hypertrophiés, constituent les granulations vésiculeuses, soit en en modifiant momentanément la texture par la coagulation de leurs principes albumineux amorphes, soit en en changeant l'action devenue anormale.

On remarque, en effet, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'application plombique, une sécrétion abondante qui s'effectue à la surface de l'œil, et l'on se demande avec étonnement comment il se fait que, les corps glanduleux sécrétoires étant oblitérés et dénaturés, une sécrétion abondante puisse s'effectuer. En y regardant de près, on ne tarde pas à reconnaître que la matière qui flue alors est claire, sanieuse et ne tache pas le linge de la même manière que le mucus et la matière purulente; ce sont ici des fluides perspiratoires et de la matière qui s'extravase et qui est délayée dans les larmes devenues plus abondantes.

Ce qui prouve que ces fluides sont d'une autre nature que ceux qui s'écoulent des granulations enflammées, c'est que, contrairement à ce que nous observons dans les cas de purulence ou de sécrétion abondante et non provoquée, ils n'ont aucune influence funeste sur les yeux des autres granulés traités dans les salles, et qu'après les attouchements plombiques des quatre paupières on voit l'ophthalmie cesser de se propager dans les familles dont quelques membres en sont atteints. Nous insistons beaucoup sur ce dernier fait qui ne laisse aucun doute dans notre esprit.

En ce qui regarde la combinaison qui s'opère dans les tissus muqueux sous l'influence de quelques sels de plomb, voici ce que la science nous apprend; c'est M. Mialhe qui parle :

« M. Orfila a lu à l'Académie royale de médecine, dans le courant de 1846, un mémoire ayant pour objet de faire connaître la manière dont les sels de plomb se comportent lorsqu'ils sont introduits dans l'estomac. Il résulte de ce travail que l'acétate et l'azotate de plomb, donnés aux chiens, laissent dans l'estomac des *traînées de points blancs*, ou d'une substance blanche, plus ou moins adhérente à la surface de l'estomac. Or, ces points blancs ne seraient, selon moi, » dit M. Mialhe, « que du chlorure et du carbonate plombiques, lesquels disparaissent peu à peu à la faveur des chlorures alcalins qui les changent en chloro-plombates alcalins solubles. Les sels de plomb ne seraient pas, du reste, les seuls qui puissent donner lieu à des *traînées de points blancs*; les proto-sels de

mercure agiraient de même, et les sels d'argent aussi : seulement la nuance produite par ces derniers ne serait pas stable. » (MIALHE, *Traité de l'art de formuler*, édition de Bruxelles 1846, page 89, note.)

«..... Les préparations solubles de plomb commencent, en général, par contracter avec les éléments albumineux des tissus vivants une combinaison insoluble, car elles font presque toutes partie des coagulants : aussi les a-t-on de tout temps comprises dans la classe des astringents. Ainsi donc, *la plupart des composés plombiques solubles ne sont pas immédiatement absorbables;* néanmoins, leur absorption a plutôt lieu que ceux des composés insolubles, attendu que le coagulum qu'ils produisent d'abord est peu à peu dissous par les chlorures et emporté par eux dans le torrent de la circulation. » (MIALHE, *ibid.*, page 89.)

Mais d'où vient que lorsqu'on applique l'acétate de plomb en poudre sur une conjonctive *à peine altérée,* comme dans les cas de granulations miliaires peu ou pas enflammées, on trouve la surface touchée convertie en une plaque blanche non interrompue, et ayant l'identité la plus complète avec une lame ou une couche d'albumine concrétée par des acides ou des astringents, tandis que lorsqu'on attaque de la même manière des conjonctives profondément malades, des surfaces très-granulées, on ne retrouve plus aussi fréquemment ces larges plaques albumino-gélatineuses, mais un piqueté blanc composé d'une infinité de toutes petites plaques albumineuses, lesquelles sont interrompues par des parties qui n'ont subi qu'un très-léger changement?

Les produits anormaux qui constituent les diverses granulations contiendraient-ils moins de matières gélatino-albumineuses que la conjonctive elle-même ? Les granulations charnues ou dures en contiendraient-elles moins que les vésiculeuses ? Ou bien le processus inflammatoire, en modifiant de plus en plus la conjonctive, en y produisant des phénomènes nouveaux, y amènerait-il le retrait de ces deux principes amorphes de nos organes ?

Cette dernière opinion semble peu admissible en face de cet axiome généralement accrédité que l'acte inflammatoire est accompagné d'une augmentation de la plasticité du sang, c'est-à-dire de la fibrine et de l'albumine.

Quel que soit le traitement que l'on mette en usage, c'est en hiver que nos ophthalmies granuleuses marchent le plus rapidement vers la guérison. Plus l'hiver est froid, plus les vents de nord et d'est prédominent, plus cette guérison est rapide; par contre, les hivers humides et tièdes, qui ne sont qu'une longue

prolongation de l'automne, comme celui de 1848 à 1849, au lieu d'avoir une influence favorable sur la marche de l'ophthalmie, l'entretiennent, la prolongent indéfiniment, et, lorsque toutes les granulations ont disparu, lorsque les conjonctives palpébrales sont nivelées, l'on voit encore sous ces mêmes influences persister opiniâtrément un relâchement, une vascularisation des conjonctives palpébro-oculaires qui finissent par résister énergiquement à tous les traitements. En été, le traitement plombique amène souvent un gonflement prononcé des paupières supérieures et des rougeurs aux globes oculaires. La conséquence qui découle de cette observation, c'est que le traitement comparatif de l'ophthalmie granuleuse entre notre pays, et ceux situés plus au nord, plus au sud, ou plus à l'est, ne peut être établi. On aurait tort, par exemple, de vouloir comparer la durée du traitement des granulés à Moscou et à Liége, car il est évident que plus on approche du pôle nord, toutes choses étant égales d'ailleurs, plus la guérison est franche et rapide : il en est de même des régions centrales de l'Allemagne où il fait plus sec; mais il en serait autrement des pays placés au sud de la Belgique et réunissant à des conditions de chaleur plus élevée une humidité plus grande. Il résulte encore de cette observation que deux années ne se ressemblant pas *absolument*, la moyenne de traitement devra différer pour l'une et pour l'autre. Des remarques semblables pourraient être faites en ce qui concerne l'ophthalmie scrofuleuse.

M. Begin a dit quelque part que les opérations ont d'autant plus de gravité qu'elles se font sur des personnes plus élevées dans l'échelle sociale, et, en autres termes, dont le système nerveux et surtout la sensualité ont été plus exercées, et *vice versa;* ou encore, selon que les personnes, quoique partant d'un même point, ont plus profité des jouissances que la civilisation nous procure. C'est ainsi que, d'après cet écrivain, il serait de *règle générale* que le caporal est plus sensible que le soldat, le sergent que le caporal, le sous-lieutenant que le sous-officier, et ainsi de suite jusqu'au *summum* de l'échelle. On ne peut méconnaître le fondement de cette assertion, et c'est surtout dans le traitement de l'ophthalmie par des agents actifs, par l'acétate de plomb, par exemple, qu'on en reçoit la démonstration. Tandis que les campagnards robustes, durs, à sensibilité obtuse, ainsi que la classe ouvrière de nos villes, s'y soumettent sans répugnance, n'en ressentent pas trop de douleurs, et que la réaction consécutive reste bornée à un gonflement

léger des paupières et à une injection vasculaire légère du voisinage ; dans la classe aisée, les attouchements deviennent déjà bien douloureux, et des réactions bien plus étendues s'observent plus fréquemment ; dans les classes plus élevées, elles nous ont paru assez fréquentes pour que nous nous abstenions désormais d'y recourir dans les cas très-légers et pendant les chaleurs de l'été. Nous avons remarqué que la douleur est d'autant plus vive et la réaction d'autant plus à craindre que le sujet est plus nerveux.

Les applications que nous avons faites du traitement plombique dans les diverses classes de la société ont été si nombreuses, et les effets en ont été si constamment heureux, que nous ne pouvons concevoir les résultats défavorables obtenus par quelques confrères de l'armée. Il est certain pour nous que l'on ne fait pas partout ces applications également bien. Nous avons vu chez des granulés touchés par d'autres que nous des incrustations plombiques énormes qui prouvaient qu'on y avait mis le sel de plomb en tas épais, et qu'on l'y avait abandonné sans avoir eu la précaution de laver consécutivement la paupière. Nous ne comprenons pas non plus les incrustations tant signalées de la cornée ; il ne s'en est jamais produit dans notre pratique ; bien plus, nous avons la conviction que l'acétate de plomb appliqué sur la cornée n'y amène aucun trouble et est bientôt entraîné par les larmes ; c'est ainsi qu'il nous est arrivé bien des fois, en touchant les paupières supérieures, d'enduire en même temps une partie de la cornée d'une couche d'acétate de plomb sans avoir le moindre accident à déplorer. Les anatomo-pathologistes et les microcraphes pourront nous donner l'explication de ce fait. Nous sommes porté à croire que les accidents signalés pour la cornée par quelques-uns de nos confrères, hommes de mérite, sont tout bonnement de ces suffusions kératiques survenant si facilement chez les sujets scrofuleux et lymphatiques à l'occasion de la moindre excitation des parties voisines de l'œil, ou bien n'ont été produits que dans les cas d'ulcération.

L'acétate de plomb n'est pas seulement le meilleur agent dans le traitement des granulations vésiculeuses, il est encore le plus actif et le plus sûr dans les granulations secondaires ou charnues, et il est d'une utilité incontestable dans ces intumescences chroniques des paupières supérieures qui, chez les sujets lymphatiques, compliquent si souvent l'état granuleux.

Nous ferons ici une remarque, c'est que lorsque les granulations

primitives n'ont encore fait subir à la surface tarsienne qu'une altération légère, l'acétate de plomb amène une guérison certaine par l'attouchement borné aux seules granulations vésiculeuses. C'est là une nouvelle preuve à ajouter à tant d'autres que la granulation charnue tarsienne ne joue qu'un rôle très-secondaire dans l'essence de notre mal d'yeux.

§ III. — Essais avec la teinture d'iode, le nitrate et le carbonate de plomb, le tannin, le sulfate et le chlorure de zinc, etc. — La longue durée du traitement par le nitrate d'argent avait depuis longtemps forcé plusieurs de nos officiers de santé à essayer si d'autres agents ne pourraient pas remplacer le sel lunaire; l'application de l'acétate de plomb, quoique éminemment utile, n'empêcha pas de rechercher l'utilité d'autres agents. C'est ainsi qu'on a eu recours à la teinture d'iode, au nitrate de plomb, au carbonate de plomb, etc., etc. Nous avons songé au tannin, en nous rappelant le passage suivant du *Traité de Thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux :

« L'action astringente topique est d'autant plus énergique, véritablement topique et durable, qu'elle est opérée par les astringents tirés du règne végétal, par ceux qui contiennent le plus de tannin et d'acide gallique. Lorsque cette action est produite par les acides ou les sels minéraux, elle est moins persistante et moins roborante, quoique immédiatement aussi vive et aussi sensible. »

La conséquence bien naturelle de cette remarque, c'est que le tannin doit être préféré à tous les autres astringents ; comme on le verra par la date de l'observation suivante, nous y avons eu recours, comme tant d'autres, avant la publication de la lettre de M. Hairion :

Obs. — Le 27 juin 1848, le nommé de Romme, du 6e régiment, porteur de granulations enflammées assez fortes, entre à la salle des granulés. Le 29, nous lui appliquons une couche de tannin d'après le procédé usité dans l'emploi de l'acétate de plomb. L'application est suivie de douleur. La conjonctive reste rouge sous son emploi, se tuméfie, et le tissu sous-conjonctival s'infiltre rapidement, au point de rendre difficile le replacement de la conjonctive ou le rebroussement de la paupière.

Le 2 juillet. La conjonctive palpébrale ne s'est pas améliorée; elle offre même plus d'intumescence: — Réapplication du tannin. — Même résultat que l'autre fois ; la douleur persiste pendant deux heures. — L'amélioration fut, après quelques jours, considérée comme nulle.

Des résultats identiques ayant été obtenus chez d'autres gra-

nulés, nous abandonnâmes complétement l'expérimentation du remède.

Nous avons eu recours encore, et avec un égal insuccès, à l'alun, au sulfate de zinc, au nitrate de plomb et au chlorure de zinc. Sous l'influence de quelques caustiques, la surface papillaire granuleuse fut profondément entamée ; on la vit pendant quelques temps présenter un aspect plus uni et moins de saillie qu'après l'usage de l'acétate de plomb, mais le repullulement y fut menaçant et tenace, tandis que par le sel plombique la diminution, quoique faible, très-faible dans les cas invétérés et anciens, est incessamment progressive, en sorte qu'après un certain laps de temps, on remarque que cet agent a réellement produit plus d'effet que le caustique.

Il importe de se défier des caustiques déliquescents dans le traitement des granulations, vu qu'il n'est pas toujours possible d'en bien limiter l'action et qu'il y a à craindre que des parcelles de leur substance, restant à la surface touchée, n'entament la cornée. On voit trop souvent ces sortes d'attouchements suivis d'accidents vers le globe de l'œil pour ne point les abandonner.

§ IV. — Importance relative du traitement de l'ophthalmie purulente par l'azotate d'argent en crayon et en solution concentrée. — Il est indubitable que l'azotate d'argent continuera à être considéré, par quelques médecins habitués à le manier, comme l'agent le plus propre à guérir l'ophthalmie de l'armée ; cette préférence sera, chez les uns, le résultat de l'antipathie pour les innovations ; chez les autres elle sera due à l'ignorance de l'emploi de l'acétate de plomb ; car en médecine, comme en politique, il y a toujours des conservateurs retardataires aussi bien que des individus trop *progressistes*.

Nous croyons devoir attirer l'attention des premiers sur l'importance relative du traitement au moyen de l'azotate en crayon, et par l'emploi de sa solution concentrée.

Lorsque l'ophthalmie purulente se développe d'emblée, le gonflement des conjonctives palpébrales est mou, les granulations cèdent et les replis conjonctivaux se déplissent sous la pression; le crayon promené sur la surface conjonctivale peut alors porter son action sur tous les points malades, et il doit être préféré à la solution, qu'on manie avec moins d'assurance. Il n'en serait peut-être pas de même dans l'ophthalmie purulente succédant à un état granuleux ancien. Ici la surface granuleuse n'est plus capable de

se déplisser, le crayon ne peut toucher que le sommet des granulations charnues, et l'intervalle qui les sépare, et qui présente une étendue beaucoup plus grande que le sommet libre, n'en reçoit point une action aussi puissante, une modification aussi complète que par la solution concentrée.

Tout praticien consciencieux conviendra qu'il est impossible de porter un caustique liquide sur le fond de la paupière supérieure dans le cas d'ophthalmie purulente, de manière à avoir la conviction que cette partie a été convenablement et suffisamment touchée. Avec le crayon de nitrate cette certitude est acquise.

Le traitement le plus rationnel de l'ophthalmie purulente *consécutive* pourrait bien être le suivant :

1° *Cautériser toute la surface accessible des conjonctives palpébrales au moyen d'une solution concentrée de nitrate d'argent cristallisé* (parties égales de nitrate et d'eau distillée).

2° *Pousser derrière la paupière supérieure et jusqu'au cul-de-sac le nitrate fondu en crayon porté sur notre porte-caustique ou sur un autre instrument analogue.*

Un de nos subordonnés traitait fréquemment, et même habituellement, ses granulés au moyen de la solution de nitrate d'argent. Nous avons constaté, chez ceux qu'il avait traités, que les paupières supérieures présentaient souvent des *gaufrures*, étaient réticulées; nous avons également constaté ce résultat chez plusieurs individus provenant d'un hôpital où la solution est presque exclusivement employée, tandis que ces cas ne se sont jamais présentés dans notre pratique personnelle où le crayon seul est mis en usage.

Nous ne concevions pas la raison de cette différence, lorsqu'il y a peu de temps M. Chomel nous l'a indiquée dans une leçon qu'il a professée sur les rugosités du col de l'utérus (1) :

« Pendant longtemps, dit cet illustre médecin, on s'est servi du nitrate acide de mercure; nous employons de préférence le nitrate d'argent fondu, par cette raison que, dans une affection de nature à présenter des surfaces rugueuses et inégales, il vaut mieux cautériser seulement les parties saillantes. Le crayon de nitrate d'argent atteint ce but. Un caustique liquide, au contraire, se répand entre les points culminants et cautérise souvent mieux leur base que leur sommet. »

C'est à ce dernier effet qu'il faut attribuer les gaufrures, ou apparences réticulées de la face interne des tarses supérieurs que

(1) Le *Scalpel* du 10 juillet 1850, p. 135, 3e colonne, 3e paragraphe.

nous venons de signaler, état des paupières très-propre, par ses inégalités, à entretenir le trouble des cornées transparentes.

OBSERVATIONS PRATIQUES RELATIVES A L'EMPLOI DE L'ACÉTATE NEUTRE DE PLOMB ET DU NITRATE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE ;

par le docteur VAN LIL,

médecin de régiment au 2e Cuirassiers, à Bruges.

(C'est au mois de janvier 1849 que j'ai eu recours pour la première fois à l'emploi de l'acétate neutre de plomb afin de combattre l'altération granuleuse de la conjonctive des paupières. Le malade dont je fis choix se trouvait en traitement à l'infirmerie de la garnison d'Ypres pour une kératite chronique avec granulations aux paupières supérieures, qui portaient les traces de nombreuses cautérisations. D'après la déclartion du malade, confirmée par M. le médecin-adjoint Duval, les attouchements avec le sel lunaire avaient toujours exaspéré le mal.

L'amélioration, qui fut le résultat du nouveau mode de traitement fut à la fois si prompte et si notable, que je crus devoir signaler le fait à mes collègues dans la conférence du même mois (janvier), en proposant de discuter, dans une de nos prochaines réunions, le mode d'action du sel de plomb, dont chacun se proposait d'essayer l'usage. Entre temps parurent le mémoire de M. Buys, auteur de la méthode, et la notice lue par M. Cunier à l'Académie royale de médecine de Belgique. La lecture de ces deux travaux m'engagea plus que jamais à continuer mes expériences, et me fit bientôt rappeler l'*ordre du jour* qui avait été arrêté, et que j'avais déjà ajourné afin de ne pas être l'un des premiers à parler sur un objet aussi important, à l'égard duquel j'attendais les lumières que pourraient m'apporter d'autres confrères.

La question fut définitivement abordée dans notre conférence du 27 juillet 1849; j'y donnai lecture des considérations qu'on va lire, et qui n'ont pas vu le jour jusqu'à présent, par des motifs tout à fait indépendants de ma volonté.)

§ I. — Les essais qui sont aujourd'hui tentés dans toutes les parties de notre pays auront bientôt pour effet d'établir la valeur réelle de la méthode thérapeutique due à M. le médecin de garnison Buys.

La préférence que vous accordez à ce moyen m'est un sûr garant qu'il répond mieux à votre attente que les autres agents que vous mettiez antérieurement en usage. Pour mon compte, l'expérience m'a démontré que la nouvelle méthode est applicable dans

le plus grand nombre des cas, et qu'elle est appelée à rendre à l'armée les services les plus éminents.

Je ne partage cependant pas l'avis que l'on doive recourir à l'acétate de plomb dans toutes les périodes de notre mal d'yeux. Il ne m'est pas démontré qu'il soit utile d'en faire l'application au début de la période aiguë ; je suis même d'avis que cette pratique retarde la guérison plutôt qu'elle ne l'accélère : l'action du sel plombique est d'autant plus efficace que la congestion de la muqueuse est moins active ; il résulte de là qu'il faut combattre l'hypérémie par les antiphlogistiques et les révulsifs avant d'en venir à l'emploi du plomb.

Dans les granulations vésiculeuses primitives chroniques et indolentes, qui ont pour caractères particuliers d'être volumineuses, pâles, et d'une consistance tellement molle qu'elles semblent être le résultat d'une congestion plutôt séreuse que sanguine, le nitrate d'argent me paraît devoir conserver la préférence ; en effet, un seul attouchement avec ce caustique les efface radicalement, et l'acétate de plomb ne saurait produire un résultat plus beau ni aussi prompt. Le sel plombique peut et doit même être substitué au sel lunaire toutes les fois que les granulations ne sont pas agglomérées, serrées les unes contre les autres ; le sel d'argent doit désormais être proscrit dans les granulations éparses, laissant entre elles des intervalles de muqueuse saine.

L'acétate de plomb semble parfois être impuissant dans les granulations dures, charnues, comme cartilagineuses. Ne conviendrait-il pas alors de débuter par des scarifications, comme font, dans les cas analogues, ceux qui emploient de la solution argentique concentrée ? La modification ainsi amenée dans le tissu permettrait au sel plombique d'y pénétrer plus profondément. Peut-être serait-il avantageux de toucher avec le nitrate d'argent de manière à changer davantage encore la partie, et à la rendre plus apte à recevoir l'application du plomb ; on combinerait ainsi l'usage des deux agents thérapeutiques qui se disputent actuellement la prééminence.

Vouloir rejeter désormais le nitrate d'argent comme un moyen dangereux est un non-sens pratique. Il existe très-certainement des cas dans lesquels il est appelé à rendre de bons offices, soit qu'on l'emploie seul ou concurremment avec d'autres moyens, les applications plombiques entre autres. Cet agent a souvent produit, il est vrai, des accidents graves ; mais il ne faut pas perdre de vue que ces accidents doivent être rapportés à son usage intempes-

tif, mal conduit, ou à son application trop souvent réitérée. Il en est de même du sel de plomb; s'il n'est pas convenablement manié, il peut non-seulement demeurer sans résultat, mais même exercer des effets sérieusement fâcheux.

Je n'ai pas la prétention d'ajouter à ce que des observateurs aussi habiles que nos collègues MM. Buys et Cunier ont écrit relativement à l'action de l'acétate neutre de plomb; je me bornerai à dire à ce sujet qu'une partie de l'acétate plombique appliqué sur la surface de la conjonctive pénètre immédiatement dans cette membrane, tandis que l'autre partie est dissoute par les larmes et entraînée hors de l'œil. La partie qui a pénétré sous l'enveloppe épithéliale y forme un *coagulum* avec le tissu de la muqueuse, dont elle resserre la trame organique, de manière à effacer les diamètres de ses interstices, y détermine une astriction considérable des vaisseaux sanguins et des organes sécrétoires, d'où résulte l'égalisation de la membrane, la cessation de la rougeur et de la sécrétion.

Pour que ses effets soient plus sûrement efficaces et exempts d'inconvénients, l'acétate de plomb doit être appliqué en se conformant aux règles que je vais tracer :

I. — Lorsque la surface conjonctivale est modérément humectée, la pénétration du sel dans le tissu s'en trouve favorisée; tandis que l'abondance des larmes met obstacle à cette pénétration. Dans ce dernier cas, l'acétate plombique est dissous dans la sécrétion lacrymale et se répand avec elle sur toute la superficie du globe, qu'il fait rougir fortement, en même temps qu'il se manifeste du spasme palpébral et de la douleur, qui est, chez certains malades, très-aiguë et parfois plus vive que celle qu'occasionne le sel lunaire. On obvie à cet inconvénient en étanchant les larmes en excès au moyen d'un morceau de linge, ou, comme j'ai l'habitude de le faire, à l'aide d'une petite éponge qui est fixée à l'extrémité libre du pinceau, et que l'on porte dans l'angle interne où le liquide lacrymal est accumulé.

II. — Le pinceau doit être seulement *mouillé* d'eau; s'il en est trop imbibé, il se surcharge d'acétate, celui-ci se pelotonne, et au moment de l'application il se détache des parcelles, des grumeaux, qui peuvent venir en contact avec le globe, surtout lorsqu'on agit àl a paupière supérieure (1), et occasionner du blépharos-

(1) On réussit à prévenir cet inconvénient en plaçant la paupière supérieure

pasme, de la douleur, voire même des accidents vers la cornée.

III. — L'acétate plombique doit être porphyrisé avec un soin extrême et passé au tamis; ces précautions sont indispensables pour éviter que des parcelles ne se fixent à la surface de la muqueuse, et ne puissent ainsi donner lieu à l'irritation de la cornée et à des douleurs qui persistent pendant plusieurs jours.

IV. — L'acétate plombique doit être étendu sur toute la surface de la muqueuse, de la même manière qu'un peintre étend la couleur sur une toile.

V. — Lorsque les granulations sont disposées par groupes, il faut attaquer successivement ces groupes, en respectant les intervalles sains de la conjonctive.

VI. — L'application doit être restreinte à des doses qui ne dépassent pas les limites de la saturation, que semble indiquer la coloration en blanc légèrement rosé de la conjonctive.

Les doses immodérées sont nuisibles; en effet, tantôt la partie en excès est dissoute par les larmes et détermine de la réaction plus ou moins vive vers le globe; tantôt elle s'attache à la conjonctive palpébrale, la sature au point de déterminer une escarre qui peut laisser après elle des froncements, des gaufrures ou des brides; d'autres fois, l'excès du sel donne lieu à la formation d'une couche plombique très-épaisse et formant une véritable incrustation, toujours très-lente à s'absorber, et provoque un engorgement conjonctival, accompagné de roideur des paupières, de gêne dans les mouvements de ces voiles. Appliquer le sel de Saturne en *tas,* suivant l'expression reçue, c'est d'ailleurs retarder la guérison; on rend ainsi le *coagulum* inerte, en quelque sorte, c'est-à-dire moins susceptible d'exercer sur le tissu l'action modificatrice que l'on en attend. Il vaut donc mieux y revenir quelques fois de plus, que de le déposer en trop grande quantité sur la partie malade.

VII. — Enfin, il faut avoir la précaution de ne pas opérer la réposition de la paupière avant que le sel ait épuisé son action. Si quelque partie paraît être en excès, il faut l'enlever avec le plus grand soin à l'aide du pinceau.

Ypres, 27 juillet 1849.

(Quelques mois après que j'eus donné (juillet) communication de ce qui précède, il éclata une récrudescence d'ophthalmie (novembre) parmi

renversée à cheval sur l'inférieure; de cette façon, les parcelles qui viennent à se détacher tombent sur la joue.

les soldats du 5e et du 10e de ligne (particulièrement parmi ceux qui venaient d'avoir les cheveux coupés très-court, à l'occasion de l'inspection générale). Le nombre des malades soumis à mon traitement fut assez considérable, et je pus instituer des expériences thérapeutiques comparatives que je fis connaître dans les termes qui suivent, dans notre conférence du 17 janvier 1850.)

§ II. Trois méthodes de traitement applicables à l'ophthalmie de notre armée se disputent aujourd'hui la prééminence; généralement ceux qui emploient l'une d'elles n'ont jamais recours aux autres. Je vais exposer quelques conclusions pratiques auxquelles je suis arrivé depuis notre réunion de juillet dernier, relativement au choix que l'on doit faire, selon les circonstances, de l'une ou de l'autre des ressources puissantes que nous avons à notre disposition, à savoir : le *nitrate d'argent en crayon,* le *nitrate d'argent en solution concentrée,* l'*acétate neutre de plomb*.

1° L'acétate de plomb est *nuisible* dans notre ophthalmie à l'état de purulence et dans l'ophthalmie gonorrhoïque;

2° Il est *peu efficace* dans les granulations dures;

3° Il est *très-efficace* dans les granulations molles vésiculeuses;

4° C'est un agent *précieux* dans les granulations chroniques avec ou sans lésions de la cornée.

Le sel de Saturne est *nuisible dans l'ophthalmie granuleuse purulente* et *dans l'ophthalmie gonorrhoïque*, parce qu'il augmente fortement le gonflement et la tension des paupières, déjà si considérables dans ces affections; la pression par étranglement, qui en est le résultat, agit d'une manière fâcheuse sur le globe.

La cautérisation argentique est ici préférable; d'abord, parce qu'elle peut être portée sur la portion conjonctivale rétro-tarsienne, siége principal de la sécrétion, que la tension excessive de la paupière ne permet pas de faire saillir assez fortement pour y appliquer le plomb, et en second lieu, parce que son action modificatrice de l'inflammation et de la sécrétion est plus prompte et plus sûre. La solution me paraît devoir être préférée au crayon, par le motif qu'on peut non-seulement étendre le caustique liquide sur la surface conjonctivale, mais aussi le faire pénétrer dans les plis qu'elle forme, et enfin parce que l'on peut en répéter l'application plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Si cependant le pinceau ne pouvait être porté sur toute la surface rétro-tarsienne, par suite d'une difficulté excessive due à la trop grande tension de la paupière supérieure, il faudrait recourir à la pierre enchâssée dans le

porte-caustique que notre collègue De Condé a fait construire pour cet usage spécial.

J'ai trouvé l'acétate de plomb *peu efficace dans les granulations dures*. Elles diminuent bien de volume sous son influence, mais cet effet est excessivement lent. Des applications fréquentes font qu'on cesse de les distinguer; mais elles sont seulement ensevelies sous la couche plombique; au fur et à mesure que celle-ci est absorbée, on les voit reparaître sur un fond blanc; elles sont alors aplaties, devenues plus petites, mais elles n'ont rien perdu de leur dureté.

La pierre infernale amène plus sûrement et plus promptement la cure; elle doit être préférée à la solution; il s'agit, en effet, d'atteindre les éminences, et il n'est pas nécessaire d'agir sur leurs interstices, que la solution cautériserait surtout.

Le sel de Saturne est, comme je l'ai dit, *très-efficace dans les granulations vésiculeuses* primitives ou consécutives.

J'ai dit qu'il constituait un *agent précieux dans les granulations chroniques avec ou sans altérations de la cornée.* J'entends surtout parler de ces cas dans lesquels il a été fait abus des collyres ou des caustiques; le raptus sanguin incessamment développé vers l'œil, l'a fluxionné chroniquement, a amené une dilatation considérable des vaisseaux de la conjonctive, qui est gonflée, boursouflée, souvent excoriée, ulcérée, par suite de la stagnation continuelle des larmes et de la sécrétion muco-purulente; les cornées sont vascularisées, et en même temps le siége d'ulcérations, d'épanchements. Le sel de Saturne étendu sur la conjonctive cicatrise aussitôt les ulcères, les excoriations; il tarit la sécrétion; son effet astrictif resserre le calibre des vaisseaux, la rougeur du globe ne tarde pas à diminuer, puis à s'effacer. L'irritabilité oculaire, souvent portée à l'excès dans ces cas, commande, lorsqu'elle existe, de procéder avec précaution; les applications doivent être modérées, afin de ne pas produire de réaction; on y revient à des intervalles rapprochés, et la tolérance s'établit ainsi bien vite: l'on peut alors marcher franchement dans la voie indiquée par la méthode.

Les quelques faits qui suivent, appartenant à la dernière catégorie, m'ont paru assez remarquables pour être cités.

Obs. I et II. — Chez le sergent Rapp et chez le fusilier Van den Driessche il existait des granulations avec boursouflement conjonctival; les cornées, devenues le siége d'ulcérations, étaient vascularisées; l'irritabilité

oculaire était portée à un très-haut degré. Une cure radicale a été obtenue par l'acétate neutre de plomb.

Obs. III. — Le résultat n'a pas été moins satisfaisant chez le caporal Lameire, du régiment de carabiniers. Ce militaire, qui se trouvait en congé illimité, m'avait été adressé par un confrère de la ville qui le considérait comme incurable. Le malade avait subi une multitude de cautérisations, et avait depuis lors été traité pendant trois mois à l'hôpital. Lorsque je l'ai vu pour la première fois, il pouvait à peine se conduire; les cornées vasculaires offraient en outre deux larges ulcérations. Lameire a repris aujourd'hui sa profession de tisserand.

Obs. IV. — Un sergent pensionné pour ancienneté de service est venu réclamer mes soins en novembre dernier; ses conjonctives étaient fortement boursouflées et parsemées de granulations volumineuses; les cornées étaient vascularisées; l'une d'elles présentait une ulcération dans son segment supérieur. Deux applications plombiques amenèrent une amélioration telle que le malade se crut définitivement guéri et cessa de se présenter à ma visite. En décembre survint une légère recrudescence; le traitement fut repris et ne tarda pas à amener la guérison.

Obs. V et VI. — Une vieille femme et sa fille présentaient l'état suivant, lorsqu'elles sont venues pour la première fois demander du secours à l'infirmerie militaire.

Traces de cautérisations légères aux paupières supérieures, très-apparentes aux inférieures; vascularisation et opacité des cornées, plus prononcées chez la mère; l'une et l'autre ne pouvaient plus se conduire.

Par les applications plombiques, toutes deux étaient en état de se conduire au bout de six semaines; mais la vascularisation paraissant demeurer stationnaire, et les yeux semblant être peu irritables, je déposai le sel sur le trajet sclérotical des plus gros vaisseaux se rendant à la cornée; cette pratique ne tarda pas à en faire diminuer le calibre, et enfin à les faire disparaître; les vaisseaux de la cornée suivirent la même progression rétrograde, et il en fut en grande partie de même de l'épanchement sous-conjonctival qui constituait l'opacité kératique : celle-ci s'est amoindrie d'une manière remarquable.

Ypres, 7 janvier 1850.

NÉVRALGIE OCULAIRE ÉPIDÉMIQUE, OBSERVÉE A TENIET-EL-HAAD (province d'Alger);

par le docteur E.-L. BERTHERAND,

chirurgien aide-major à l'armée d'Afrique.

Dans son *Essai sur les causes, la nature et le traitement des ophthalmies en Afrique*, M. Furnari a cité quelques affections oculaires

épidémiques qui ont régné en 1839 à Constantine et à Philippeville, à Alger en 1840, à Ghelma en 1842.

Voici quelques documents relatifs à une maladie épidémique des yeux que j'ai observée à Teniet-el-Hâad en 1847 :

Le 25 septembre, le vent arrivant de l'ouest, un changement subit se manifesta dans l'atmosphère. L'air, de tempéré qu'il était depuis longtemps, devint tout à coup brûlant, sec, saturé d'électricité ; on ne pouvait distinguer la moindre nubécule dans la voûte céleste. Beaucoup de personnes se plaignirent d'un malaise général assez difficile à bien définir, mais qu'elles comparaient volontiers à l'état incommode que l'on éprouve pendant les temps orageux. Quelques congestions sanguines au cerveau apparurent dans la journée, en même temps que plusieurs cas d'embarras gastrique : ces affections se dissipèrent promptement sous l'influence, la première, de la saignée ; la seconde, de la diète et des tisanes acidulées.

La température, cependant, continuait d'être aussi accablante, selon l'expression de chacun, lorsque, le 27, une femme commença à accuser de vives douleurs frontales et orbitaires. Puis plusieurs cas semblables se déclarèrent aussitôt dans le village. Dès ce jour, jusqu'au 25 octobre environ, onze habitants furent atteints de cette affection névralgique.

Je me suis appliqué à étudier attentivement tous les symptômes de cette maladie épidémique, sa marche, les causes qui ont pu lui donner naissance, enfin le traitement qui a paru le plus efficace pour la combattre. Je vais donc résumer sur ces différents sujets l'opinion que je crois la plus conforme aux faits, et chercher à justifier par ces quelques considérations le nom d'*ophthalmodynie*, de *névrodynie ophthalmo-frontale* qu'elle m'a semblé mériter.

I. Symptômes.—En général, les malades ont accusé une vive douleur des yeux, naissant spontanément, avec toute son énergie, dès le début. Pongitive et comme profonde, cette douleur était intolérable, accompagnée d'élancements que quelques individus comparaient à un arrachement de l'œil. Le globe oculaire ne pouvait être touché ou palpé sans augmenter l'état de souffrance. Cependant les malades trouvaient du soulagement après l'avoir quelque temps comprimé avec les doigts.

Surtout sensible au niveau du trou sus-orbitaire, cette douleur, dans la moitié des cas, irradiait dans les tissus arrosés par les rami-

fications du nerf frontal, et siégeait exclusivement sur leur trajet. Elle retentit même, dans une circonstance, jusque dans les sinus frontaux.

Les paupières restaient constamment fermées. La supérieure seule, brûlante et sous l'influence d'un spasme énergique, ne pouvait être relevée qu'avec difficulté et douleur. Dans ces cas, la névrodynie affectait assez souvent la région sourcilière correspondante.

Des larmes abondantes inondaient la surface de l'œil et des paupières, et baignaient constamment les joues; on ne distinguait cependant aucun signe de maladie organique des organes lacrymaux. L'état de sécheresse du canal nasal coexistait,

Les muscles de la face, instinctivement contractés dès le début jusqu'à la fin de la névralgie, augmentaient l'état de fatigue des malades qui, ne pouvant supporter une seconde que les yeux fussent en contact avec le moindre rayon de lumière ou l'air, cachaient continuellement leur visage dans leurs mains.

La contraction de la pupille, observée dans tous les cas, était en raison directe de la photophobie.

La mobilité de l'œil dans la cavité orbitaire ne pouvait s'effectuer sans une douleur que le malade redoutait beaucoup quand on examinait cet organe.

Au bout de quinze à trente heures de cet état, la conjonctive scléroticale rougissait uniformément, un réseau écarlate de vaisseaux hypertrophiés la couvrant de toutes parts; et quelques jours après, le bord libre des paupières, irrité en partie sans doute par la constante présence du flux de larmes, devenait le siége d'une démangeaison assez vive à laquelle succédait bientôt l'écoulement d'un liquide jaunâtre peu épais, réunissant les cils et faisant adhérer les paupières entre elles pendant la nuit.

Il n'y eut point d'état fébrile général. Les artères temporales seules participaient plus ou moins, par leurs battements fréquents, à l'endolorissement de la région orbito-frontale.

Pendant le cours de l'affection, les tissus dans lesquels siégeait la névralgie n'offrirent jamais de gonflement; leur température était un peu plus élevée qu'à l'état normal.

La céphalalgie existait d'un ou de deux côtés, selon qu'un œil ou deux yeux étaient atteints.

L'insomnie était complète, les malades, torturés par la douleur, trouvant très-difficilement quelques secondes de repos pendant la nuit.

Chez neuf personnes, les deux yeux ont été frappés de névralgie en même temps. Chez l'un des deux restants, l'affection n'a gagné l'autre œil que quand le premier avait paru complétement guéri.

La photophobie a persisté tout le temps de la maladie, qui n'a offert du reste aucune période d'augment. En d'autres termes, dès que les douleurs oculaires ou orbito-frontales avaient cessé, immédiatement la congestion sanguine de la conjonctive, l'aversion pour la lumière, diminuaient. Le larmoiement et la blépharite ciliaire persistaient seuls quelques jours encore.

II. — Marche. Cette affection a duré environ une quinzaine de jours par individu. Chez plusieurs, elle a été assez intense pour ne céder qu'après un traitement un peu plus long.

Chez tous les malades, il est resté une légère teinte rosée de la conjonctive et un peu moins de facilité habituelle dans les fonctions de la vue. Toutefois, cette gêne se dissipe de jour en jour.

Je dois aussi noter que les limites de la présence de la maladie dans le village ont à peu près coïncidé avec celle de la température toute spéciale qui avait précédé son invasion.

III. Causes. — Pour bien se rendre compte des causes qui ont pu donner naissance à l'affection qui nous occupe, il est nécessaire de s'inquiéter des circonstances dans lesquelles se trouvaient les habitants lors de son apparition. Or, quiconque à visité Teniet-el-Hâad n'a pu s'empêcher de remarquer la mauvaise position de ce village adossé au pied de mamelons assez élevés, placé ainsi dans un bas-fond dont l'autre côté est le monticule que couronne l'assiette du camp. Qui n'a vu avec peine ces chétives habitations, ne possédant presque toutes qu'un rez-de-chaussée, mal construites, d'un aspect misérable, tout au plus suffisamment couvertes en chaume, offrant dans leur sombre intérieur un sol inégal, des murailles à peine blanchies, respirant la tristesse habituelle aux réduits que la lumière visite rarement? A cette esquisse bien incomplète, qui ne pressent déjà les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le colon qui habite ces séjours édifiés à la hâte, surtout quand une existence de gêne continuelle, bien voisine de la misère, doit chaque jour le priver de tout ce qui pourrait contribuer à assurer son bien-être physique et moral? Et maintenant, combinez avec ces sources d'insalubrité l'influence prolongée d'un air saturé d'électricité, et dites s'il ne devait pas nécessairement surgir de leur action simultanée une maladie caractérisée par cette série de symptômes propres aux affections qu'en-

gendrent à chaque instant les influences et les variations atmosphériques brusques et opposées dans leur nature : je veux dire les affections nerveuses?

Je me crois donc fondé à penser que la névrodynie ophthalmo-frontale ci-dessus décrite est née sous l'influence d'une constitution médicale particulière dont les éléments ont été l'humidité et un état électrique et atmosphérique réunis à des causes physico-morales débilitantes.

Chose digne de remarque, et qui justifierait cette manière de voir, c'est que sur les onze malades soumis à notre observation, dix avaient des habitudes et des occupations sédentaires, étaient par conséquent, d'une manière toute spéciale, dans les conditions signalées plus haut comme prédisposantes et efficientes.

Sous le rapport du tempérament, de l'âge, il n'y a rien eu à remarquer. Le sexe féminin a paru attaqué de préférence.

Je le répète, en finissant l'étude de l'étiologie, les habitants qui allaient et venaient constamment, qui passaient leurs journées à des travaux du dehors, ont été exempts du fléau épidémique qui, par contre, frappait leurs familles constamment retenues au domicile.

IV. Nature de la maladie. — Je viens de le dire plus haut, l'affection épidémique dont je rends compte m'a paru être de nature nerveuse.

Il suffit, je pense, de se reporter aux symptômes que j'ai décrits, pour voir leur cachet tout particulier et les différences qui, caractérisant cette affection, l'éloignent des inflammations franches, soit de la conjonctive, soit de toute autre partie de l'œil, avec lesquelles on tenterait de la confondre.

Du reste, l'interprétation des phénomènes présentés peut fort bien se traduire par la lésion des principaux rameaux du nerf ophthalmique et la corrélation des anastomoses de leurs principales branches, à savoir :

1° La lésion du nerf frontal rend compte du blépharospasme, de la douleur des sinus frontaux et de l'extrême sensibilité des régions sourcilière et frontale sous-cutanées, puisque ce tronc nerveux alimente les muscles de la paupière supérieure, les sinus cités et les muscles sourcilier et frontal.

2° La vive douleur interne du globe oculaire s'explique par la lésion de la branche nasale qui se ramifie, non-seulement dans les paupières, mais surtout dans le cercle ciliaire. Or, Bérard plaçait

dans les nerfs ciliaires le siége des douleurs atroces qui caractérisent la névralgie de la branche ophthalmique.

3° L'épiphora dépend d'une modification vitale de la branche lacrymale qui fournit des rameaux à l'organe sécréteur des larmes, et quelques filets aussi à la paupière supérieure.

4° Le scalpel, en découvrant les anastomoses qui mettent en rapport les trois branches du nerf ophthalmique, a dévoilé suffisamment la part que tous les organes alimentés par les principaux rameaux cités ci-dessus ont dû prendre à l'affection qui nous occupe ici.

Nous nous croyons ainsi fondé à la regarder comme de nature purement nerveuse, purement névralgique : le traitement, dont nous avons quelques mots à dire, nous sera encore d'un puissant auxiliaire pour soutenir cette opinion.

V. Traitement. — En présence d'une maladie aussi bien caractérisée par un excès de sensibilité locale, sans retentissement fébrile dans l'économie, il n'y avait pas à douter que l'on eût affaire à une névralgie.

Aussi, m'appuyant sur le symptôme prédominant, douleur, et sur les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient les colons, je regardai comme indiqués les calmants locaux et les sudorifiques. Nul doute, en effet, qu'il n'y eût là une exaltation de quelques branches nerveuses à calmer. Les collyres avec teinture d'opium, quelques pédiluves irritants, les pilules d'opium, et l'infusion de tilleul prise abondamment, telles ont été les bases principales du traitement. Inutile d'ajouter que les yeux malades étaient constammant couverts, légèrement comprimés, fréquemment bassinés, et que la liberté du ventre était scrupuleusement observée.

Chez deux individus, la céphalalgie fut tellement forte et opiniâtre, qu'il fallut recourir à l'application de sangsues aux régions temporales. Cette émission sanguine enleva promptement la douleur de tête, mais ne diminua que faiblement la névralgie oculaire.

Je n'ai rapporté aucune observation individuelle détaillée, parce que les renseignements renfermés dans chaque cas isolé n'auraient pas eu la valeur de ceux présentés avec ensemble et réunis sous différents points de vue de la question.

Outre les onze cas d'ophthalmie qui se sont montrés au village, il y a eu un seul cas analogue dans la garnison de Teniet. Ayant envoyé de suite cet homme à l'hôpital militaire, j'ignore quels ont été la marche et les symptômes de son affection.

Telle est en résumé la maladie épidémique qui a sévi sur Teniet-

el-Hàad, pendant près d'un mois. Les détails dans lesquels je suis entré me paraissent justifier suffisamment le nom d'ophthalmodynie, de névrodynie ophthalmo-frontale que ses symptômes lui ont justement acquis, et dont l'ensemble de caractères bien tranchés m'a dispensé de tenter ici les moindres traces d'un diagnostic différentiel.

NOTE AU SUJET DU TRAVAIL DE *M. HENROTAY*, SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DE L'OPHTHALMIE GONORRHOÏQUE ET DES AUTRES BLENNOPHTHALMIES AIGUËS;

par le docteur FALLOT,

médecin en chef honoraire de l'armée belge, etc.

Je n'aurais pas relevé ce que je crois avoir trouvé d'erroné dans l'opinion exprimée par notre estimable confrère Henrotay, dans la dernière livraison de ce journal (*pp.* 179 *et suiv.*) sur les caractères qui différencient, suivant lui, l'ophthalmie gonorrhoïque des autres blennophthalmies aiguës, s'il n'y avait appuyé une conclusion pratique dont l'adoption pourrait devenir, à mon avis, la source des plus déplorables erreurs et des plus regrettables dénis de justice.

Notre honorable et laborieux collaborateur pense qu'à l'aide des caractères qu'il s'est efforcé d'établir, un médecin chargé de la visite d'un militaire devenu aveugle des suites d'une blennorrhée oculaire, pourra se prononcer avec certitude sur la nature de cette blennorrhée. Je crois qu'il se trompe et que son erreur tient à ce qu'il professe que les granulations palpébrales préexistent toujours aux blennorrhées aiguës de l'œil, que *la marche de l'ophthalmie de l'armée est essentiellement chronique*, et que les granulations offrent dans cette affection *une consistance qu'on ne retrouve pas dans l'ophthalmie gonorrhoïque*. Or, il s'en faut du tout au tout qu'il en soit ainsi. Tous les médecins militaires qui, comme moi, ont vu l'ophthalmie des armées sous forme épidémique, conviendront que dans ces funestes moments surtout, les blennorrhées se déclarent *très-souvent* de la manière la plus soudaine et la plus instantanée dans des yeux jusque-là les plus sains et les désorganisent en peu d'heures, en laissant après elles les paupières congestionnées, injectées de sang et couvertes de granulations molles, caractères qui, d'après notre honorable confrère, appartiendraient exclusivement à l'ophthalmie gonorrhoïque, et

dont la présence devrait, à ce titre, exclure les porteurs de tout droit à la pension. Je ne parle pas de l'*épistaxis* qui accompagnerait constamment l'ophthalmie purulente aiguë et ferait aussi constamment défaut dans l'ophthalmie gonorrhoïque, parce que mon attention n'a jamais porté sur ce point.

Je rends grâce au ciel de ne jamais avoir opéré dans les nombreuses visites que j'ai faites de victimes de l'ophthalmie des armées, sous une préoccupation aussi exclusive, préoccupation que je crois pouvoir et devoir, à cause de ses conséquences, signaler à l'attention des lecteurs de ces *Annales* et à la sollicitude éclairée de l'auteur de l'article lui-même. Je n'ai pas l'intention d'engager une polémique, genre de littérature pour lequel j'ai une invincible répugnance, mais de consigner une observation qui ne peut avoir rien de désobligeant pour notre estimable collaborateur. Lui et moi, nous poursuivons un même but : la découverte de la vérité; nous usons chacun de notre droit en disant ce que nous croyons être tel.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Gazette médicale de Paris.

Nouvelle théorie de la vision. — Cette *nouvelle théorie* a été communiquée à l'Académie des Sciences, le 11 novembre. Suivant l'auteur, M. de Zautière, la rétine, tout en servant à transmettre au cerveau, pour y être changée en sensation, l'impression qu'elle a reçue des objets extérieurs, servirait aussi à redresser les images qui arrivent renversées sur sa surface. En d'autres termes, la rétine serait un miroir concave qui redresse les images qui arrivent renversées au fond de l'œil. C'est par ce fait que M. de Zautière explique le phénomène du redressement des objets primitivement renversés par les milieux réfringents de l'œil.

« En effet, dit-il, cette membrane est située au fond de l'organe de la vision ; elle est concave, et sa concavité est tournée du côté du cristallin; elle est transparente, elle a à peu près la couleur du verre. Derrière elle existe, unie à elle, une matière d'un noir foncé, connue sous le nom de *pigmentum nigrum*. Au devant d'elle on voit le corps vitré, qui n'est que du *verre animal*, si on peut dire ainsi, placé là pour rendre les images plus vives. On peut à juste raison considérer le corps vitré comme un

premier verre placé au devant de la rétine et du *pigmentum nigrum*, cette dernière substance réfléchissant les rayons. »

L'Union médicale.

Du trachoma de la conjonctive. Caractères qui le distinguent de la granulation proprement dite. — M. le docteur Arlt a fait paraître, dans la *Vierteljahrschrift* publiée par la Faculté de médecine de Prague, un travail sur le *trachoma*, dont nous empruntons l'analyse à l'*Union médicale* de Paris. La *Vierteljahrschrift* ne nous parvient pas, et nous ne pouvions nous dispenser de faire connaître à nos lecteurs les recherches de notre confrère de Prague.

« Le trachoma (*aspritudo conjunctivae*) est une maladie spéciale de la conjonctive qui a pour phénomène l'état inégal, rugueux de cette membrane. Il ne faut pas la confondre avec les granulations et les fongosités qui se forment à la surface conjonctivale dans le cours des inflammations blennorrhoïques à l'état aigu ou chronique. En effet, dans le trachoma, il n'y a ni écoulement de mucus, ni tuméfaction de toute la conjonctive, ni maladie primitive du corps papillaire. Tandis que dans les blennorrhées oculaires, au contraire, il se fait une sécrétion de fluides et une séparation d'épithélium, le trachoma est surtout caractérisé par le dépôt d'un *blastème organisable* dans la conjonctive et les tissus profonds, avec intégrité de l'épithélium. On pourrait donc donner à la maladie le nom de *conjonctivite plastique*, en réservant le nom de *conjonctivite croupale* à la diphthérite, d'ailleurs si rare, de la muqueuse oculaire. — Les phénomènes du trachoma peuvent être rapportés aux trois degrés ou stades suivants :

» *Premier degré. — Période d'infiltration superficielle et de dépôt plastique.* — Sur la face interne des cartilages tarses on voit apparaître de petites vésicules miliaires, transparentes ou légèrement jaunâtres, qui, lorsqu'on vient à les rompre, s'affaissent pour se remplir de nouveau. Le contenu plastique de ces vésicules ne s'épanche, en général, que très-lentement au-dessous de l'épithélium, et dans l'intervalle de ces vésicules isolées la conjonctive n'est que très-légèrement injectée. Il n'y a ni augmentation ni modification dans la sécrétion conjonctivale.

» Si, au contraire, l'épanchement du blastème se produit rapidement, alors la conjonctive est tuméfiée, d'un rouge pâle, traversée par de nombreux vaisseaux et parsemée d'une grande quantité de vésicules transparentes. En même temps les bords des paupières deviennent légèrement œdémateux; la sécrétion lacrymale augmente et les larmes sont troublées par des flocons de mucus; il survient de la douleur et de la photophobie: phénomènes qui accusent l'existence d'une ophthalmie catarrhale ou catarrho-rhumatismale. Peu à peu les vésicules grossissent, deviennent plus jaunes, moins transparentes, et leur contenu finit par se concréter; elles se changent alors en véritables granulations solides, adhérentes par une large base à la conjonctive voisine. Ce dépôt granuleux ne s'étend jamais jusqu'au bord libre des paupières, mais se trouve toujours à la

distance d'une ligne au moins de l'arête interne de ce bord; les granulations sont au contraire assez nombreuses dans le cul-de-sac de réflexion de la conjonctive. Cette membrane, dans l'intervalle des granulations, est le siége d'une assez vive injection; de plus, on aperçoit des vaisseaux très-fins sur les granulations elles-mêmes, qu'ils sillonnent de la base au sommet; çà et là on rencontre aussi de petits épanchements de sang à la base de ces grains. Si on enlève ces petits corps devenus solides, on n'y découvre autre chose qu'une masse gélatineuse, qui paraît composée uniquement de cellules épithéliales; cependant à leur base il se forme peu à peu des fibres de tissu cellulaire. Des granulations semblables se rencontrent également sur la conjonctive scléroticale et la caroncule lacrymale; seulement elles y sont plus agrégées, plus jaunes. Si la résorption s'en empare, les granulations s'aplatissent graduellement et finissent par laisser à leur place des sortes d'éclaircies qui tranchent fortement sur le corps papillaire du voisinage, lequel présente un gonflement plus ou moins considérable et une coloration rouge-brun. Peu à peu la conjonctive revient à son état naturel.

» C'est à son premier degré de développement que le trachoma a été vu et décrit avec exactitude par Rosas, Eble et Piringer, qui l'ont bien distingué de la granulation.

» *Deuxième degré.— Période d'infiltration profonde.* — Ici l'exsudation plastique n'est pas seulement déposée dans les couches superficielles de la conjonctive, mais elle pénètre dans l'épaisseur de cette membrane et jusque dans les parties fibreuses de la paupière. Cette extension de la maladie paraît s'opérer constamment lorsque celle-ci devient ancienne, du moins lorsqu'il s'y ajoute l'irritation déterminée par des ophthalmies catarrhales, catarrho-rhumatismales, scrofuleuses. Dans des cas de ce genre, la maladie peut revêtir l'apparence d'une blennorrhée conjonctivale dont elle est cependant essentiellement distincte. Si elle persiste quelque temps dans cet état, le cartilage tarse lui-même devient le siége d'une altération morbide qui en détermine l'épaississement et lui fait perdre de son élasticité. Tandis que l'infiltration superficielle (*premier degré*) s'observe le plus souvent à la paupière inférieure, c'est au contraire la supérieure qui est surtout atteinte par l'*infiltration profonde*. En général, c'est seulement à cette seconde période que les malades viennent réclamer les secours d'un médecin; il arrive même assez souvent qu'à l'époque où ils le consultent, la paupière est devenue le siége d'une altération du *troisième degré*, c'est-à-dire, qu'il y a déjà *rétraction et froncement du blastème exsudé et des tissus qu'il a pénétrés*. Si le dépôt granuleux a été surabondant et que néanmoins des portions du corps papillaire y aient échappé, la conjonctive acquiert, dans cette troisième période, un aspect inégal et tacheté; elle est traversée par des espèces de bandes comme tendineuses, entre lesquelles se voient des saillies et des enfoncements nombreux; les saillies appartiennent au corps papillaire hypertrophié ou hypérémié, ou bien à des vestiges du dépôt granuleux de la conjonctive; les enfoncements tiennent à ce que l'épithélium déposé en abondance dans les granulations plastiques est éliminé, et que le corps papillaire comprimé se trouve à nu au fond de l'érosion qui en résulte.

» Les suites du trachoma sont le trichiasis ou l'entropion, souvent le symblépharon, quelquefois même la transformation cutanée de la conjonc-

tive (*xérophthalmie*); mais d'après Arlt, la conséquence la plus fréquente du trachoma est le pannus. Celui-ci ne doit pas être considéré, dit cet auteur, comme le produit de l'irritation mécanique que déterminent les granulations plastiques de la conjonctive, mais bien comme la continuation du trachoma sur la cornée où l'épithélium remplace la conjonctive. »

Chancre induré du grand angle de l'œil. — M. Ricord vient de publier une série de *Lettres sur la syphilis*, qui ont été accueillies partout avec la plus grande faveur. Parmi les exemples qu'il cite de chancres à siége insolite, bizarre, difficile à découvrir, et qu'il dit être moins rares qu'on ne le croit, nous trouvons le suivant :

« Il y a quelques années, M. Lustermann, professeur au Val-de-Grâce, conduisit chez moi un avocat portant une tumeur de la paupière inférieure, au grand angle de l'œil, tumeur dure, rénitente, élastique, à surface rouge granulée et en voie de cicatrisation. Cette tumeur avait déjà été vue par plusieurs confrères, et, si ma mémoire est fidèle, des hommes spéciaux en oculistique avaient été consultés; mais sa nature avait été jusque-là inconnue. J'étais consulté pour savoir si elle se rapportait à quelque antécédent vénérien plus ou moins éloigné. Poussant mon examen plus loin que mes confrères, je trouvai les ganglions péri-auriculaires engorgés, indolents, rénitents. Déjà les ganglions cervicaux postérieurs étaient eux-mêmes tuméfiés. La surface du corps était couverte de taches exanthématiques se rattachant à la roséole syphilitique la mieux caractérisée : taches lenticulées, rouge sombre, laissant dans quelques points, sous la pression du doigt, une tache jaune fauve. Absence de fièvre et de prurit. — Au grand étonnement de M. Lustermann, mon diagnostic fut celui-ci : *Chancre induré du grand angle de l'œil* (*engorgement successif des ganglions péri-auriculaires, parotidiens et sous-maxillaires*); *adénopathie secondaire cervicale; roséole syphilitique; accidents secondaires précoces.* — Au plus grand étonnement du malade, je lui dis : « Il y a deux » ou trois mois, monsieur, tout au plus, que vous avez porté à votre œil » la matière contagieuse qui vous a inoculé la syphilis. » — Revenu de sa surprise, le malade me dit : « Effectivement, je me rappelle qu'étant » couché avec une femme, et après certains attouchements, je fus pris » d'une vive démangeaison à l'œil, où je portai la main, et je le frottai » pendant un temps assez long. C'est depuis ce moment, en effet, que ma » paupière est devenue malade. » — N'est-il pas vrai que si ce monsieur avait été atteint d'une blennorrhagie ou antécédente ou concomitante, c'est à elle qu'on eût rapporté et le chancre de l'œil et les accidents secondaires? »

Ophthalmie gonorrhoïque. — M. Ricord parle de cette affection dans sa *Lettre IV*e, mais seulement d'une manière incidente, à propos de la question suivante : *Les conséquences de la blennorrhagie sont-elles comparables à celles de la syphilis ?*

« On l'a dit, » répond M. Ricord, « mais on ne l'a point prouvé. Il y a des analogies sans doute; mais que de notables différences! — Ainsi, un

des premiers accidents que peut produire la blennorrhagie, et qui ressemble à un des accidents déterminés par la syphilis, c'est le bubon; mais, tout d'abord les adénites sont infiniment plus rares à la suite de la blennorrhagie qu'à la suite du chancre. Ensuite, le bubon ne se rencontre que dans la blennorrhagie urétrale dans les deux sexes, les autres variétés ne donnant jamais lieu à l'adénite. Je sais bien qu'un de nos confrères de la Belgique parle des *bubons péri-auriculaires* qui doivent se manifester dans les blennorrhagies oculaires; mais je suis encore à en chercher un exemple. Enfin, le bubon blennorrhagique a encore ceci de particulier : c'est que, franchement inflammatoire, il a très-peu de tendance à la suppuration, et que, lorsque celle-ci arrive, elle n'est jamais inoculable.

» Voulez-vous suivre ce que la blennorrhagie peut produire dans les deux sexes? Voici l'*ophthalmie blennorrhagique* qui ne se manifeste jamais que *pendant une blennorrhagie urétrale*. De bonne foi, est-il possible, à moins de vouloir tout confondre, d'établir la moindre comparaison entre cette ophthalmie et l'iritis syphilitique? »

Double tumeur lacrymale. Altérations pathologiques. — M. le docteur Vidal a lu, le 21 août, à la Société de chirurgie de Paris, un rapport sur un travail de M. Auzias-Turenne, qui a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme affectée d'une double tumeur lacrymale, et qui en a profité pour donner une descriptiou exacte et minutieuse des altérations pathologiques rencontrées dans l'appareil excréteur des larmes. — Les points lacrymaux, les conduits lacrymaux, ainsi que le sac, étaient libres; il n'y avait, en fait d'altération dans le sac, qu'un épaississement très-marqué de la muqueuse. Le canal était également libre à sa partie supérieure; mais en bas existait une oblitération complète. — Dans la discussion, M. Maisonneuve a fait connaître « qu'il résulte de ses recherches » sur le cadavre que l'oblitération siége rarement à l'orifice nasal » du canal, tandis que, au contraire, le rétrécissement a presque » constamment lieu (19 fois sur 20) à la partie supérieure, là où le » canal nasal s'unit au canal lacrymal, au point où existe déjà » normalement un certain degré de resserrement. » — Le fait de M. Auzias serait, suivant M. Maisonneuve, tout à fait exceptionnel.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales.

Bons effets de l'emploi continu de la belladone dans les cas de taie de la cornée. — Entretenir la dilatation pupillaire, lorsque cette dilatation augmente la faculté visuelle des personnes chez lesquelles des taies de la cornée mettent obstacle à l'exercice de la vision, telle est la conduite recommandée par M. Tavignot. Dans

ce but, il instille tous les jours dans l'œil quelques gouttes d'une solution légère d'extrait de belladone. Ce n'est certes point là une pratique nouvelle; elle n'a malheureusement été que trop préconisée, et, par suite, trop bien exploitée par les charlatans ambulants.

M. T. pense que « la belladone à petite dose n'ayant qu'une ac- » tion limitée sur l'iris, on peut la continuer indéfiniment sans » affaiblir en aucune façon les facultés visuelles. » Voilà qui dit assez que le conseil que donne M. Tavignot est le fruit de la spéculation plutôt que de l'expérience. Qui donc ignore que l'usage prolongé de la belladone, même à la dose que l'auteur appelle faible (1 gros *extrait aqueux* sur 4 onces d'eau), et à des intervalles de plusieurs jours, finit, dans tous les cas, par déterminer des accidents fâcheux? Maintes fois, dans ce recueil, notamment vol. II, p. 52, il a été question de cette pratique et de ses inconvénients très-sérieux.

Gazette médicale de Strasbourg.

De l'usage et de l'abus de la belladone dans l'iritis aiguë. — M. le docteur Binard nous a fait part (*Ann. d'Ocul.,* t. XIX, p. 162) des considérations qui portent M. le docteur Emmerick à rejeter complétement l'emploi de la belladone dans le traitement de l'iritis aiguë. M. Gerhard se livre aujourd'hui à l'examen de cette question. Il est d'avis que la belladone n'exerçant pas son effet mydriatique aussi longtemps que l'état hypersthénique persiste, ce n'est que lorsque cet état est en voie de décroissance qu'il convient de l'administrer. Tant qu'il existe des symptômes d'acuité, les instillations belladonées se bornent, selon lui, à un effet mécanique qui produit l'augmentation de l'inflammation, sans dilater la pupille. Il y aurait donc indication de recourir aux frictions fronto-temporales; mais ainsi administrée, la belladone n'exerce que très-lentement son action, et il faut d'ailleurs recourir à de hautes doses « et les » employer assez longtemps, dit-il, pour produire du narcotisme, » ce qui amène toujours la congestion du sang vers la tête, et » partant augmente l'inflammation de l'œil sans produire la dilata- » tion pupillaire. »

M. Gerhard a fondé ses conclusions sur l'observation de quelques cas d'iritis aiguë survenue après l'opération de la cataracte. Nous nous bornons à enregistrer son opinion qui ne sera certes point partagée par la majorité des praticiens, qui n'emploient pas la bel-

ladone en vue de ses seules propriétés mydriatiques, mais, et ceci s'applique surtout à l'iritis aiguë, à cause de son action hyposthénisante.

Hérédité de la cataracte chez tous les mâles dans trois générations. — Le docteur Dyer rapporte dans le *Provincial medical and surgical Journal*, 1848, qu'il a opéré avec succès un journalier de cinquante-deux ans, qui portait une cataracte double. Le père de cet homme avait eu dès son enfance de très-mauvais yeux : devenu aveugle à l'âge de cinquante-deux ans, il avait récupéré la vue après une opération de cataracte. Les sœurs du journalier jouissaient toutes d'une vue excellente; son frère, au contraire, était aussi cataracté. Lui-même était dans cet état depuis vingt ans; il avait deux fils dont les yeux étaient très-faibles, tandis que les yeux de ses filles étaient très-bons. Son second fils était marié; il se développait déjà chez lui une cataracte. Ses garçons ont la vue courte; la vision de ses filles est parfaitement régulière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ou Compte rendu de la pratique de cet établissement pendant six années; par J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de cet hôpital, professeur à l'École de médecine de la même ville, etc., etc.—Paris, 1850, J.-B. et Germer Baillière, 8°, pp. 90.

A diverses reprises nous avons signalé dans ce recueil la haute utilité des comptes rendus publiés par les chirurgiens des hôpitaux, et nous avons émis le vœu que les administrations des hospices exigeassent que leurs chefs de service fissent périodiquement de pareilles publications. L'exposé clinique dont nous allons entretenir nos lecteurs vient démontrer de nouveau, mais cette fois de la façon la plus incontestable et la plus éclatante, tout le profit que la science et l'administration hospitalière peuvent retirer de cette pratique.

L'usage des comptes rendus pour les chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon a été établi par M.-A. Petit.

Les chirurgiens de cet hôpital sont nommés au concours pour le terme de douze années, dont six à passer en qualité d'aide-major, et six en qualité de chirurgien-major. Chacun d'eux, depuis M.-A. Petit, a exposé, en faisant place à son successeur, les résultats de sa pratique pendant la durée des fonctions dont il a été revêtu. M. Pé-

trequin est resté fidèle à la tradition par la publication qu'il a faite, en 1846, du *Compte rendu* de ses six années *d'aide-majorat*, travail important et consciencieux, dont nous avons longuement entretenu nos lecteurs dans notre livraison de février 1846 (*Ann. d'Oculistique*, t. XV, p. 91). En quittant la direction du service chirurgical, il a également jeté un coup d'œil sur les faits qu'il avait observés du 1er janvier 1844 au 31 décembre 1849. Notre savant collaborateur a considéré comme une obligation de ne point rompre un usage local qui honore à juste titre le corps médical et les hôpitaux de Lyon ; c'est un tribut que chacun doit apporter en son temps à l'œuvre collective de la science.

A ce point de vue, la nature de la tâche de M. Pétrequin était toute tracée, et il a dû préférer à des généralités et des développements de théorie pure les faits eux-mêmes dans leurs rapports avec les questions de doctrine appliquée. Ce problème, quoique défini, était embarrassé de sérieuses difficultés, dont on comprendra la portée lorsqu'on saura que l'Hôtel-Dieu de Lyon est un hôpital où se rendent, dans un diamètre de plus de cent lieues, tous les cas graves, extraordinaires ou difficiles de la science, et que le mouvement des malades y est de 14 à 15,000 par an ; si bien que cet établissement est certainement, de toute l'Europe, le théâtre chirurgical le plus riche en observations nouvelles, rares et intéressantes. Le chirurgien-major y a la surveillance de tout le service chirurgical, et dessert un service effectif de 118 lits (78 d'hommes et 40 de femmes); il est en outre chargé de toutes les grandes opérations qui se pratiquent à l'hôpital, et à cet effet on lui confie deux salles comptant ensemble 54 lits (27 pour hommes, 27 pour femmes) ; il doit encore faire les accouchements laborieux et les opérations qu'ils réclament. Cette énumération des charges qui pèsent sur le chirurgien en chef exprime assez que pour y suffire, *il faut*, comme le dit très-bien M. Pétrequin, *tout le zèle de la science et toute l'activité de la jeunesse*.

Par suite du mouvement que ce chirurgien a imprimé à son service, son observation a pu, dans le cours des six dernières années, s'étendre sur un total de près de 10,000 malades ; le nombre des opérations qu'il a pratiquées s'est élevé à plus de 2,000. Faire un choix au milieu des matériaux immenses fournis par une pareille pratique, c'eût été prononcer un grand nombre d'exclusions, c'eût été forcément laisser en dehors d'un cadre qui ne saurait tout embrasser, une foule de choses qui ne sont pas indignes d'intérêt.

M. Pétrequin a sagement compris qu'il ne pouvait exposer, dans un discours, le résumé, même sommaire, des travaux et des conclusions qu'inspireront toujours des circonstances aussi favorables ; il n'a que peu pénétré dans les détails ; son œuvre est plutôt un résumé général : c'est surtout un tableau d'ensemble qu'il a voulu peindre, et il a fourni une œuvre qui peut être citée comme un modèle du genre.

M. Pétrequin s'occupe d'abord des *maladies des organes des sens* et en particulier de l'organe de la vision.

L'antique réputation de l'Hôtel-Dieu y fait affluer chaque année une foule de cataractes. Plus de 400 opérations ont ainsi été pratiquées pendant la durée du majorat de M. Pétrequin ; les résultats qu'il a obtenus sont des plus satisfaisants, comme le prouve le tableau suivant, qui ne comprend que les années 1848 et 1849, et qui semble indiquer que l'opération de la cataracte n'a point été exécutée pendant la saison d'été et pendant celle d'hiver.

Printemps.	— 1848.	Sur	34	opérations,	17	succès,	12	demi-succès,	5	insuccès.
»	— 1849.	»	37	»	19	»	12	»	6	»
Automne.	— 1848.	»	25	»	12	»	10	»	3	»
«	— 1849.	»	29	»	15	»	11	»	3	»

Nos lecteurs savent que M. Pétrequin a généralement recours soit à l'abaissement, soit au broiement (voir *Ann.*, t. VI, p. 195, t. XV, p. 93) ; plusieurs des demi-succès qu'il accuse auront donc pu, comme il le fait observer, devenir des succès complets par la résorption ou l'effacement du cristallin ; les cataractes capsulaires secondaires qui auront pu se développer, n'auront dans aucun cas atteint un chiffre égal.

Sur 325 cas de cataracte notés exactement, on a compté 195 hommes et seulement 130 femmes, ce qui donne la proportion : : 8 : 5.

Un paragraphe spécial est consacré à la *cataracte noire ;* nous y trouvons le résumé de la note sur cette maladie, qui nous a été communiquée par M. Beauclair (*Ann.*, t. XXIII, p. 130), et du travail spécial que l'auteur a publié dans la *Revue médicale française*, et qui a été analysé dans notre livraison d'avril dernier, p. 172. — Nos abonnés connaissent également les considérations dans lesquelles est entré M. Pétrequin, § 7, au sujet d'un cas de *synchysis étincelant,* dont un de ses élèves a consigné l'histoire dans notre t. XX, p. 69 ; ses remarques sur les corps étrangers introduits dans l'œil (*Ann.*, t. XVII, p. 14), qu'il rappelle § 8 ; les observations impor-

tantes qu'il a recueillies touchant le diagnostic différentiel, le siége et les rapports avec l'œil, de certaines tumeurs de l'orbite (*Ann.*, t. XIV, p. 21), ainsi que sur le diagnostic du phlegmon de cette cavité (*ibid.*, p. 212), qu'il résume § 9. Il mentionne en passant les opérations de staphylôme qui ont confirmé l'excellence de sa méthode (*Ann.*, t. IV, p. 128), les opérations de pupille artificielle, de strabisme, d'extirpation de l'œil, de fistule lacrymale, ses observations sur le caustique doré dans les dermatoses des paupières, ses recherches incessantes sur la cure de l'amblyopie et de la goutte sereine.

Cet exposé prouvera à nos lecteurs combien grandes sont l'estime et l'affection que M. Pétrequin a vouées aux *Annales d'Oculistique ;* c'est pour nous un motif de fierté que de voir qu'il n'a négligé de nous communiquer aucun des faits, aucune des recherches dont il est question dans le *Compte rendu* que nous avons sous les yeux ; il y a plus, il nous a fait part de plusieurs résultats pratiques importants dont il n'a pu s'occuper dans son discours. Notre reconnaissance est grande pour le savant dont le concours si actif et si puissant a toujours secondé les efforts que nous tentons, depuis douze ans, par notre publication, en vue du progrès de l'ophthalmologie.

Nous ne pouvons nous occuper ici de la *partie chirurgicale* proprement dite du discours de M. Pétrequin ; nous nous bornerons à dire qu'elle est riche en développements ingénieux et en appréciations de la plus haute portée ; qu'elle montre à la fois l'abondance, la richesse et l'importance de la source à laquelle l'auteur a puisé, pendant plusieurs années, les matériaux des nombreuses recherches que lui doit la science, et des travaux nouveaux dont il promet de la doter encore. Tous ceux qui s'intéressent au progrès de la chirurgie, et qui savent, par conséquent, pour quelle large part M. Pétrequin y a contribué par sa pratique d'hôpital, pendant les douze dernières années, apprendront avec bonheur que le terme de ses fonctions de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon n'est point celui de son service clinique dans cet hôpital ; il y conserve un certain nombre de lits, en sa qualité de professeur à l'école de médecine.

Chronique et Variétés.

ANVERS. — Un *bourdon*, qui a échappé à l'attention du correcteur et du rédacteur des *Annales d'Oculistique*, fait dire à M. DECHANGE (nº d'octobre, p. 194, ligne 11) : « Sans attacher aucune importance A L'EMPLOI *du tannin, je crois* » *devoir vous dire que dès le mois de novembre dernier, j'ai eu recours à cet* » *agent;* » le manuscrit portait : « *Sans attacher aucune importance* A LA PRIO- » RITÉ DE L'EMPLOI *du tannin*, etc.; » ce qui est bien différent. — Dans une lettre qu'il vient d'adresser aux *Archives belges de médecine militaire*, M. DECHANGE fait remarquer que tous les ophthalmologues cités comme ayant employé le tannin avant la publication de la lettre de M. HAIRION, ont prescrit cet agent en solution ou en pommade, et que personne, avant lui, n'en avait fait usage *sous forme pulvérulente*.

GAND. — On donne comme possible, et même comme très-probable, la retraite de M. VAN ROOSBROECK. Chargé de l'enseignement de l'ophthalmologie depuis treize ans, avec le titre et les émoluments de *professeur extraordinaire*, M. VAN ROOSBROECK aurait fait connaître à M. le ministre de l'intérieur qu'il ne voulait conserver sa chaire que sous la condition d'être promu, sans plus de retard, au grade de *professeur ordinaire*.

BERLIN. — Le dernier volume (le XXXIXe) du *Journal für Chirurgie und Augenheilkunde*, publié par les docteurs PH.-F. DE WALTHER et F. D'AMMON, est dédié aux docteurs J. SICHEL et F. CUNIER en témoignage du succès de leurs efforts pour le progrès de l'ophthalmologie en France et en Belgique. — Une livraison supplémentaire de ce journal vient de paraître ; elle renferme une *Notice sur la vie et les travaux de* PH.-F. DE WALTHER, que la mort a enlevé il y a quelques mois; cette notice est due au professeur ALOYS MARTIN, de Münich.

HAMBOURG. — M. le docteur F.-W. OPPENHEIM a dédié au docteur F. CUNIER le XLIe volume de sa *Zeitschrift für die gesammte Medicin*, en reconnaissance des services que cet écrivain a rendus à l'ophthalmologie.

PARIS. — M. le docteur DESMARRES a été récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur. Notre collaborateur était déjà chevalier de l'ordre romain de Grégoire le Grand et de l'ordre de François Ier des Deux-Siciles.

— On lit, sous la rubrique de Vienne, dans la *Gazette médicale de Paris* du 28 octobre :

« Dans le mois de septembre passé, l'ophthalmie épidémique s'est montrée » dans la garnison (de Vienne) et y a pris une assez grande extension, puisqu'on » y a compté dans les différents hôpitaux 250 malades en proie à cette » affection. »

MADRID. — Les facultés de médecine de l'Espagne viennent de subir une réorganisation complète. A Madrid, il a été créé trois chaires nouvelles, avec adjonction de cliniques pour les affections syphilitiques, pour les affections cutanées et pour les maladies des yeux. Il est à espérer qu'on ne s'arrêtera pas là, et que l'enseignement officiel de l'ophthalmologie sera bientôt inauguré dans les autres facultés espagnoles.

Nous avons appris avec un bien grand plaisir par la *Gaceta medica* que la chaire d'ophthalmologie de Madrid était confiée à M. le docteur JOSÉ CALVO Y MARTIN, que recommandent de très-bons travaux sur la spécialité, et qui a écrit un traité sur les maladies des yeux (*Tratado completo de las Enfermedades de los Ojos*).

ANNALES

D'OCULISTIQUE.

Tome XXIV. — 4e série. Tome 6e. — 6e livraison.

31 DÉCEMBRE 1850.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU MUSCLE COMPRESSEUR DE LA LENTILLE, OU ACCOMMODATEUR;

par le professeur MAX LANGENBECK,

professeur à la Faculté de médecine de Göttingen.

(Voir les figures 5, 6, 7, 8a et 8b, Planche I, livraison d'août.)

Lorsque, sur un œil bien frais, l'on enlève avec précaution le cristallin et sa capsule, en prenant le plus grand soin de ne pas léser le corps ciliaire, et que ce dernier, placé sous l'eau, a été débarrassé, à l'aide d'un petit pinceau, de la plus grande quantité possible du pigment qui le colore, on distingue à son bord annulaire, à l'aide du microscope ou d'une bonne loupe, des fibres circulaires extrêmement fines qui entourent la capsule. Ordinairement ces fibres se déchirent à certains endroits lorsqu'on enlève la capsule, ce qui fait qu'elles apparaissent plus visibles, parce qu'elles s'étendent alors jusqu'à la partie transparente de la fosse hyaloïdienne. (*Voyez fig.* 5.)

Si l'œil n'est pas absolument frais, ou si l'on ne met pas assez de temps pour détacher très-soigneusement la cristalloïde du corps ciliaire, on enlève les fibres en même temps que l'enveloppe cristalline, et on les cherche en vain. Cette circonstance indique que ces fibres sont en contact immédiat avec la capsule, sur laquelle elles reposent.

De même que les fibres du sphincter de l'iris, les fibres en question circonscrivent donc une ouverture qui reçoit le cristallin. Ces fibres ont entre elles la plus grande analogie; celles de la capsule sont plus délicates.

Les fibres circulaires du corps ciliaire me paraissent jouer un rôle fort important dans l'accommodation de l'œil. Les opinions

émises jusqu'à ce jour pour expliquer cette accommodation sont ou peu satisfaisantes, ou tout à fait dépourvues de fondement. Je me bornerai à rappeler la compression exercée par les muscles droits, invoquée par Camper et Olbers, ou par les muscles obliques, d'après Lecamu, et l'action assignée par Meyer au muscle droit externe, pour expliquer l'adaptation de l'œil à la vision des objets distants. La myopie commençante et celle qui survient subitement à la suite des fièvres nerveuses, la myopie passagère qui se déclare sans affection de l'activité musculaire du globe, ne permettent pas d'admettre cette explication, qui se trouve d'ailleurs contredite par cette observation que les muscles moteurs oculaires peuvent être divisés sans que l'organe perde sa faculté d'accommodation. L'ajustement ne peut également être attribué à la dilatation ou au rétrécissement de la pupille, ni à la diminution du cristallin vers sa périphérie (Treviranus, Pouillet), ni au pli que forme la *tache jaune* avec le trou de Sœmmering plus profondément situé (Valentin), puisque dans l'expérience qui consiste à regarder à travers la petite ouverture que l'on a pratiquée dans une carte, et qui représente une pupille très-étroite, mais *immobile*, l'œil n'a aucunement perdu la faculté de distinguer nettement les objets rapprochés ou éloignés, et l'on peut encore apercevoir le plus léger mouvement de son axe lorsqu'on lui fait regarder attentivement deux objets placés sur une ligne droite. Je m'abstiens de mentionner les autres raisons à l'aide desquelles on a combattu ces explications. Enfin, je pense qu'il est impossible d'admettre qu'un changement de position du cristallin, quelque faible qu'il soit, puisse rendre compte de cette fonction ; car un mouvement en avant ou en arrière de 1/10ᵉ de ligne du cristallin même, serait déjà suffisant pour un rapprochement de 2 pouces jusqu'au degré d'éloignement le plus considérable; d'ailleurs je ne vois aucun organe qui puisse déterminer ce mouvement. La théorie de la turgescence du corps ciliaire ou de l'obstruction du canal de Petit (Hueck) mérite à peine, selon moi, d'être mentionnée, parce que la nature, lorsqu'elle veut opérer le mouvement dans une partie quelconque du corps, se sert toujours à cet effet d'un tissu élastique fibrillaire; l'existence d'un pareil mouvement ne saurait d'ailleurs être admise à cause de la promptitude de l'accommodation pour les objets éloignés ou peu distants, qui exigerait la turgescence et la vacuité alternatives du corps ciliaire et du canal de Petit, qui ne peut s'expliquer ni par la texture anatomique, ni par la capacité des

vaisseaux destinés à l'afflux ou à l'évacuation du fluide sanguin ; il est en outre à remarquer que la rétine serait exposée à une foule de lésions par suite de ce mouvement des liquides dans l'œil. La turgescence ou l'état de vacuité des tissus érectiles du corps, comme la rougeur instantanée, etc., ne peuvent être données comme preuves à l'appui de cette opinion, car ce phénomène indique suffisamment qu'il faut un temps assez considérable pour que le sang puisse opérer un mouvement d'afflux et de retrait dans un tel tissu.

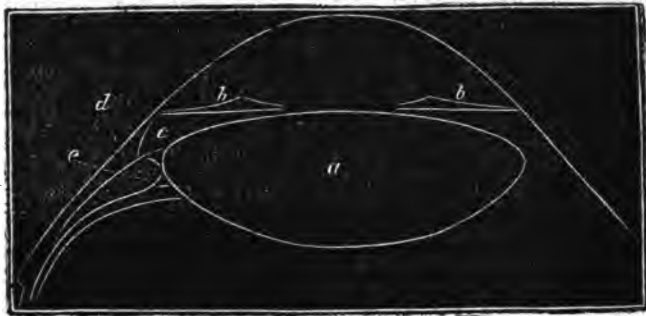
Le sentiment de tension que produit toute tentative d'accommodation de l'œil, de même que l'apparition d'une légère voussure de l'iris en avant, qu'on peut observer avec facilité sur des yeux proéminents tenus fixés sur un point placé très-près, immédiatement après avoir été portés sur des objets très-éloignés, ne peuvent certainement pas être invoqués comme des preuves à l'appui d'un déplacement du cristallin. La présence de fibres motrices pourrait seule rendre compte de ce mouvement. Le muscle tenseur choroïde décrit par Brucke (1) et qui s'étend circulairement de la surface externe de la choroïde vers l'endroit qui correspond à l'*ora serrata retinae*, jusqu'à la paroi interne du *ligamentum ciliare scleroticae* et du canal de Schlemm, pourrait, au premier aspect, être considéré comme chargé de cette fonction ; mais, pour peu qu'on y réfléchisse, on trouve que cela ne saurait être. D'après leur disposition, les fibres de ce muscle peuvent, en se contractant, agir d'avant en arrière sur la choroïde, mais de manière à déterminer une tension légère dans la partie de choroïde située derrière sa ligne d'insertion et dans la rétine qui adhère à l'*ora serrata*. Le mouvement en avant du corps ciliaire, de même que celui du cristallin vers l'iris, ne peut être déterminé par l'action de ces fibres ; mais, et pour autant qu'elles éloignent le corps ciliaire en dehors du bord cristallinien, ces fibres aplatissent la lentille. Ce serait donc à juste titre que l'on a envisagé le muscle tenseur de la choroïde comme l'antagoniste du sphincter de la capsule (*sphincter capsulae*), qui correspond aux fibres radicales de l'iris et se contracte en même temps que celles-ci.

La figure 8ᵉ montre des fibres du muscle tenseur de la choroïde dans leur position naturelle, sous un grossissement de 250 fois. Ces fibres sont très-fortes et ont la plus grande ressemblance avec cel-

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, t. XXI, p. 251.

les de l'intestin que l'on trouve représentées sous le même grossissement, *fig.* 8e.

Il se manifeste évidemment un changement dans le cristallin selon la distance des objets qui sont fixés, ce que n'admet pas Magendie. Depuis longtemps je me suis efforcé de rechercher un organe accommodateur dans la partie la plus voisine du cristallin, et je crois aujourd'hui que la fonction de l'ajustement est dévolue aux fibres circulaires situées sur le bord du cristallin et du cercle ciliaire. Je considère le cercle ciliaire comme un second iris ; comme ce dernier il reçoit des vaisseaux qui proviennent, pour le plus grand nombre, de la choroïde. Dans ce *petit iris*, comme dans le *grand iris*, le bord pupillaire (*cristallinien*) est pourvu de fibres circulaires que l'on peut voir distinctement à l'aide de la loupe ou du microscope ; elles sont tendues entre les extrémités les plus externes des procès ciliaires, un peu en avant du bord du cristallin, sur la capsule extérieure. La *figure* 6 les représente ainsi qu'il a été dit plus haut, mais d'une manière trop saillante. La figure qui suit les fait voir, lettre *c*.



a. Cristallin. — *b*. Iris. — *c*. Corps ciliaire. — *d*. Muscle tenseur de la choroïde. — *e*. *Muscle tenseur de la capsule.*

Que l'on suppose la contraction de ces fibres circulaires ; comme le sphincter de l'iris, elles agiront en diminuant l'ouverture qu'elles embrassent ; et si un corps quelconque se trouve contenu dans cette ouverture, il en ressentira nécessairement l'influence : il sera *comprimé*. Cette compression se fera à la périphérie de la capsule antérieure, ce qui augmentera *sa convexité en avant*, effet qui durera jusqu'à la cessation de la contraction du sphincter. L'espace compris entre le cristallin et la capsule antérieure est

assez considérable pour que cette augmentation de la convexité et l'aplatissement de la capsule puissent très-aisément avoir lieu sans qu'il en résulte aucune pression sur le cristallin lui-même. La petite quantité de fluide (*liqueur de Morgagni*) que l'on rencontre réellement (lorsque le système cristallinien est encore frais) dans cette partie, et qui n'existe pas sous la capsule postérieure, paraît être destinée à concourir à ce but.

Les preuves suivantes plaident en faveur de mon opinion.

1. La présence des fibres musculaires qui correspondent au *sphincter pupillæ* doit avant tout agir sur la capsule antérieure au moyen de leur action la plus minime; leur état de contraction doit rendre cette membrane plus bombée, leur relâchement ramène sa forme plus aplatie.

2. L'accommodation pour les objets rapprochés et le resserrement de la pupille ont toujours lieu concurremment. L'ajustement est au contraire très-incomplet lorsque l'ouverture pupillaire est très-dilatée; il ne peut persister sans éprouver de modification que dans quelques cas rares, tels que la mydriase idiopathique, l'adhérence de l'iris, etc. Lorsque aucune autre cause ne met obstacle à ce concours, on trouve la pupille plus resserrée chez les myopes, et habituellement dilatée chez les presbytes.

3. La faculté que nous possédons de dilater volontairement notre pupille, malgré la présence d'une bougie allumée en face et près des yeux, fournit une preuve éclatante de l'action simultanée du sphincter de la pupille et du sphincter de la capsule du cristallin. Lorsque les yeux sont fixés sur une lumière très-vive, par exemple, la flamme d'une bougie ou même le soleil, et que, sans se préoccuper en aucune façon de cette clarté, on reporte vivement ses souvenirs sur un corps sombre, ou mieux encore sur un paysage très-étendu et d'un jour sombre, on voit tout à coup la pupille se dilater, quels que soient la vivacité de la lumière et son rapprochement de l'œil. Dès que l'image ainsi produite par la puissance de la volonté a disparu, la pupille se contracte de nouveau avec une promptitude et un degré en rapport avec l'action réflexe de la rétine. On peut suivre dans la pupille un état continuel d'alternative, la dilatation survenant dès que la force de représentation est très-puissante, le rétrécissement arrivant dès que la lumière attire l'attention.

4. Enfin, l'épreuve dite de Purkinje-Sanson me paraît également venir à l'appui de mon opinion sur l'accommodation. Si l'on observe

les images lumineuses déterminées par une bougie allumée tenue devant des yeux ajustés sur l'extrémité enflammée considérée comme objet très-rapproché, on ne remarquera pas la plus petite variation dans la distance qui sépare l'image lumineuse renversée (qui appartient à la capsule postérieure) de celle qui est située la première (et due à la cornée); ces deux images restent immobiles, quelle que soit la vivacité avec laquelle l'œil est accommodé alternativement sur un objet éloigné et sur l'extrémité de la flamme. On remarque, au contraire, que la troisième image lumineuse, qui est d'ailleurs peu prononcée et produite par la capsule antérieure, jouit d'un mouvement indéterminé, qui ne peut être le résultat que de l'augmentation et de la diminution alternatives de la convexité de la capsule antérieure (1).

La protrusion et le retrait de l'iris que l'on observe dans ces expériences d'ajustement peuvent s'expliquer par l'alternation de la convexité et de l'aplatissement de la capsule antérieure qui doit agir sur l'humeur aqueuse; il n'est donc pas nécessaire de rattacher ce phénomène à un mouvement de tout le système du cristallin.

Mon opinion est donc que les fibres qui embrassent la capsule antérieure (*sphincter lentis, accommodatorius, tensor capsulae anterioris*) sont en rapport direct avec la faculté d'accommodation de l'œil aux diverses distances.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE *I*.

Fig. 5. — Injection du réseau vasculaire dans la fosse hyaloïdienne, à la face postérieure de la capsule postérieure.

Fig. 6. — Fosse hyaloïdienne vue de devant. Le cristallin est enlevé; la cristalloïde est affaissée sur elle-même et un peu abaissée; à son pourtour se voient, sous un grossissement de 300 fois, les fibres du *tensor capsulae lentis*, — *sphincter accommodatorius*.

Fig. 7. — Cette figure montre parfaitement des fibres visiblement entre-croisées de l'iris d'un oiseau, vues sous un grossissement de 300 fois. (Il est à remarquer que le nombre des fibres réellement entre-croisées est relativement très-petit.)

Fig. 8ᵃ. — Fibres transversales du muscle tenseur de la choroïde chez l'enfant; ces fibres sont juxtaposées dans leur position naturelle. — (Le grossissement est de 250 fois.)

Fig. 8ᵇ. — Fibres musculaires de l'intestin, également vues sous un grossissement de 250 fois.

(1) Voir mon *Mémoire sur l'épreuve des images comme moyen de diagnostic de certaines altérations des parties profondes de l'œil*. — *Annales d'Oculistique*, t. XXII, p. 169.

MÉMOIRE SUR L'APPLICATION PRATIQUE DU PHOSPHÈNE OU SPECTRE LUMINEUX PRODUIT PAR LA COMPRESSION DE L'OEIL;

par le docteur A. SERRE (d'Uzès),

membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., à Alais.

(SUITE. Voir ci-dessus, pp. 31-50, livraison de juillet, et pp. 160-179, livraison d'octobre.)

§ IV. — *Nouvelles remarques et faits additionnels sur la théorie des phosphènes.*

La conviction sincère d'avoir aperçu une vérité utile et le désir naturel de la propager nous ont fait hâter, il y a quelque temps, la publication de notre premier article sur le phosphène, sans trop nous préoccuper des lacunes et des imperfections qui devaient nécessairement s'y rencontrer. Loin d'avoir eu la prétention d'offrir à nos confrères un travail complet, notre principal but a été alors d'appeler au plus vite leurs investigations sur le nouveau moyen diagnostique que l'observation nous avait révélé, impatient, et pourtant certain, de le voir bientôt sanctionné de toutes parts par l'expérience et par les faits.

Quelques cas pathologiques venus depuis, et fort à propos, à notre connaissance, et de nouvelles réflexions relativement aux causes et au mécanisme de la production du phosphène, nous mettent à même aujourd'hui d'intercaler, à cette partie de son histoire, quelques développements propres à compléter certains points et à éclaircir quelques autres.

En essayant de discuter en peu de mots les deux théories à l'aide desquelles peut s'interpréter le mode de manifestation du phénomène lumineux, nous étions tenté d'accorder quelque préférence à celle de Brewster, et nous hasardions, en faveur de son opinion, une explication qui, loin d'être irréprochable, disions-nous, paraissait cependant embrasser le phosphène d'une manière plus large.

Voici maintenant plusieurs faits de nature à dissiper tous les doutes, et dont la constatation a suffi pour nous faire abandonner entièrement l'hypothèse du physicien anglais, tandis qu'ils découlent naturellement du grand principe admis par l'immense majorité des physiciens et physiologistes, à savoir : que toute impression produite sur un point de la rétine, quelle qu'en puisse être la cause, doit avoir le même résultat qu'une action exercée

sur le même point par des rayons lumineux venant d'un objet extérieur.

Obs. I. — « Il y a trois ans, nous écrit un savant professeur, j'éprouvai pendant quelques jours un reste de paralysie de l'œil droit. Je croyais voir vers l'angle interne de l'œil une tache lumineuse de couleur jaune verdâtre; cependant, lorsque j'essayais de lire à l'aide de l'œil malade, j'étais obligé de lui donner une position telle que l'image des caractères imprimés vînt se faire vers l'angle interne de la rétine. Ce n'était donc pas le côté interne, mais le côté externe de l'œil qui était malade; c'est-à-dire que le côté opposé à l'apparence lumineuse dont j'étais sans cesse poursuivi était conservé à la sensibilité visuelle. »

Obs. II. — Pestel, d'Anduzé, se plaint d'affaiblissement de la vue; nous interrogeons les phosphènes qui nous donnent :

Pour l'œil gauche, —		temporal.	5
»	»	nasal.	3
»	»	frontal.	3
»	»	malaire	0
Pour l'œil droit, —		temporal.	2
»	»	nasal.	1
»	»	frontal.	1
»	»	malaire	0

La vue est donc à peu près éteinte dans l'œil droit; l'œil gauche est amblyopique. Nous prions le malade de lire devant nous à l'aide de ce dernier, et nous constatons à diverses reprises qu'il lit avec beaucoup de peine quand le livre occupe le milieu ou le côté interne du champ de la vision, tandis qu'il lit très-bien en le portant en dehors et de façon que les caractères aillent se peindre sur le côté interne de la rétine; mais c'est aussi en pressant ce côté seulement que le grand anneau apparaît vers la tempe avec le n° 5, expression de l'état normal. Il faut donc nécessairement admettre que la compression agit ici comme les rayons lumineux venant d'un objet extérieur, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, la sensation normale émane directement d'une action exercée au point opposé.

Obs. III. — Viel, garde au chemin de fer. — L'œil droit est sain; l'œil gauche est atteint d'amblyopie. Le premier nous donne, en effet, 5 partout, tandis que le second ne voit le temporal que comme 3, et le nasal que comme 1. Or, ici encore, le malade ne parvient à distinguer, à l'aide de l'œil affecté, que les objets placés dans la position externe du champ de la vision, c'est-à-dire de façon que leur image vienne se peindre sur le côté interne de la rétine.

Même conclusion, par conséquent, que dans le cas précédent.

Nous ne citerons pour le moment que ces trois faits, bien que nous en possédions déjà d'autres, et qu'il s'en présente pour ainsi dire tous les jours de nouveaux à notre observation. Ils suffisent à démontrer que le grand anneau est réellement l'effet primordial et direct de la compression digitale, et qu'il indique le degré de la sensibilité de la rétine dans le point opposé où il se montre.

Qu'on nous permette encore d'ajouter quelques considérations à celles que nous avons présentées relativement au phénomène en lui-même.

La forme et les dimensions du phosphène, avons-nous dit, varient avec celles de l'instrument compresseur. Si c'est le doigt qui comprime, l'image représente un anneau ; mais, chose remarquable, cet anneau n'est jamais complet, quel que soit le point de l'œil où son apparition est provoquée. Ainsi, au dehors, il n'offre qu'une faible coche ou échancrure ; en dedans, cette échancrure est plus considérable ; en bas, l'image est demi-circulaire ou peu s'en faut ; en haut, elle est réduite à un tiers ou à un quart de cercle. Entre ces divers points elle offre une foule de nuances et de degrés insensibles, et toujours la portion manquante, grande ou petite, correspond au fond de l'orbite.

D'où procèdent et cette diversité dans les effets de la pression digitale, eu égard à l'étendue de la partie visible, et cette constance dans la position de la portion manquante?

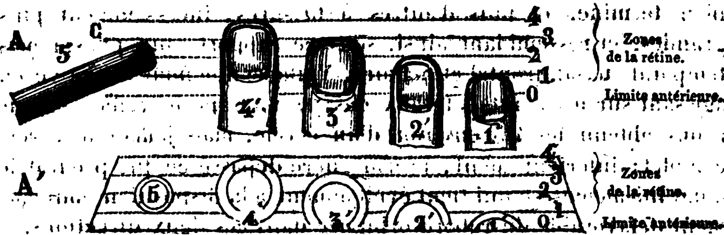
Voici comment il nous semble qu'on peut s'en rendre compte.

La rétine, que la choroïde seule sépare de la sclérotique, loin d'égaler cette dernière en développement et de se prolonger comme elle jusqu'à la cornée, se termine au contraire, selon Demours, au niveau de la réunion des 4/5 postérieurs avec le 5e antérieur de la chambre postérieure, de façon que son bord antérieur représente la circonférence d'un plan circulaire dont la partie centrale correspondrait à la face postérieure du cristallin ou un peu en arrière de celui-ci, et dépasserait ainsi de quelques lignes seulement le pourtour de l'orbite. Sa limite antérieure n'est cependant pas la même pour tous les anatomistes. Ainsi, Sœmmering la fait se prolonger jusqu'à la racine du corps ciliaire; Dugès, après l'avoir suivie jusqu'à ce point, a vu s'en détacher des languettes se portant au cristallin. Brewster, Jules Cloquet, Ribes, Young, Meckel et autres signalent les mêmes prolongements auxquels ils assignent divers usages. Langenbeck fils

a fait voir que cette membrane s'étend en avant jusqu'au bord pupillaire en recouvrant la face postérieure de l'iris, etc., etc.; mais on a généralement observé aussi que son organisation éprouve d'importantes modifications à dater de la ligne terminale que lui assigne Demours. Pour les uns, ses tissus s'amincissent et se délient extraordinairement; pour les autres, elle perd une de ses couches; pour d'autres encore, elle devient tendineuse, filamenteuse, canaliculée; pour tous, son tissu s'altère, sa sensibilité visuelle disparaît; il semble, en un mot, qu'elle soit, à partir de là, destinée à d'autres fonctions. On pourrait, avec raison, assimiler les tendons et les filaments signalés par les anatomistes aux cordes d'un parachute, et leur attribuer des propriétés analogues de tension pour la rétine.

Il n'y a donc généralement qu'une assez faible portion de sa surface sensible qui soit directement accessible à la compression, si on se borne à l'exercer sur sa zone extraorbitaire. Mais si l'on considère, d'autre part, que le volume du globe de l'œil étant de beaucoup inférieur à l'aire de la cavité orbitaire, ces deux parties laissent naturellement entre elles un espace occupé par des tissus plus ou moins élastiques ou dépressibles; que la largeur de cet espace varie d'un point à un autre, en raison de la forme irrégulièrement quadrangulaire et arrondie de l'orbite et de la figure sphérique du globe de l'œil, il devient aisé de concevoir que la pulpe du doigt, poussée à la manière d'un coin dans la rainure orbitaire, étend son action compressive à des points de la rétine situés au delà du rebord osseux et d'autant plus voisins du fond de l'orbite que la rainure est plus large, que les tissus intermédiaires sont plus dépressibles et que l'œil est spontanément dirigé du côté opposé. De là le développement remarquable de l'anneau lumineux eu égard au champ de la compression et les divers degrés d'achèvement de la circonférence suivant la largeur, et à quelques points, la dépressibilité du fond de la rainure dans le sens opposé.

Le tableau ci-dessous fera plus aisément comprendre la marche des variations du phosphène, et en quelque sorte sa loi d'accroissement et de diminution alternatifs, en parcourant successivement tous les points de l'orbite.



A. État des phosphènes selon le point où s'opère la pression dans la même zone. A' où l'on aperçoit l'avancement successif du doigt atteignant l'une après l'autre les zones 1, 2, 3, 4 ; enfin 5, cercle complet formé par le bout d'un porte-plume portant en totalité sur la rétine.

Pourquoi maintenant l'anneau entopsique est-il toujours incomplet ? C'est que le doigt ne pénètre nulle part assez avant dans l'orbite. La circonférence de la dépression circulaire exercée au point d'excitation vient toujours s'achever en deçà du bord terminal de la rétine, ou du moins sur des points de la surface à peu près dépourvus de sensibilité en vertu de leur extrême excentricité. En veut-on la preuve contradictoire ? L'expérience suivante, que chacun peut répéter, va nous la fournir :

Nous obtenons sur nous-même un cercle complet en comprimant l'œil avec l'extrémité émoussée de notre porte-plume, corps infiniment plus petit que la pulpe du doigt, et qu'il est par conséquent plus facile de porter assez en arrière sur l'œil pour qu'il ne pèse que sur les parties sensibles de la rétine, surtout si l'organe est dirigé du côté où doit paraître le grand anneau. Alors le phénomène lumineux forme un cercle parfait dont le tracé et les diamètres sont réduits dans la proportion du volume de l'objet comprimant, au point qu'il offre de la ressemblance avec le petit anneau qui se montre sous la pulpe du doigt. Cette réduction portant également et proportionnellement sur l'image indirecte, celle-ci, dans cette expérience, se voit difficilement, à cause de son extrême petitesse, mais encore assez bien pour s'assurer qu'elle constitue aussi un cercle complet comme l'image primordiale. Pour donner plus de force à cette preuve, nous avons rapproché le porte-plume du bord frangé de la rétine, et à ce point nous avons obtenu un cercle légèrement brisé ; plus en avant, il l'a été davantage, et ainsi de suite ; de sorte qu'en pressant de cette façon successivement des parties profondes à celles qui avoisinent les corps ciliaires, nous avons vu apparaître les uns après les autres, d'abord un cercle

bien terminé, et puis d'autres à brisures, incessamment plus grandes, et ressemblant ainsi, sous ce rapport, aux phosphènes temporal, nasal, frontal et malaire. Voilà ce que nous avons vu en agissant sur les points latéraux des yeux. Supérieurement, nous avons obtenu les 4/5 environ d'un cercle, mais jamais le cercle complet; inférieurement, je n'ai guère dépassé ce que produit le doigt lui-même; ce qui tient évidemment à la disposition éminemment défavorable du rebord orbitaire dans ces deux directions.

Quant à la position constante du segment manquant ou invisible, elle nous paraît s'expliquer naturellement par la loi du renversement; toujours situé en avant du point d'excitation, il doit se montrer constamment en arrière du côté opposé. Resterait enfin la petite image perçue sous le doigt, pour laquelle on pourrait conserver l'hypothèse de l'ondulation, mais en la renversant. On pourrait supposer, en effet, que le liquide, brusquement poussé vers le point de la rétine directement correspondant à l'autre extrémité de l'axe de pression, y détermine un choc en vertu duquel se montre le petit anneau dont l'échancrure se trouverait naturellement en avant; car, de même que la compression digitale, le choc porterait ici en avant sur la zone rétinienne insensible, et pour ainsi dire à faux. L'action visuelle la rapporte ensuite du côté opposé, la coche en arrière.

La petite image, dans le cas d'une pression opérée avec l'extrémité arrondie d'un porte-plume, peut être empreinte d'une coche, et même elle peut ne pas se montrer, quoique l'image primordiale forme un anneau complet. Ce corps pesant sur la rétine, le flot se porte, en suivant l'axe ondulatoire, jusque dans le voisinage de son bord terminal et y produit l'impression secondaire, qui, traduite par l'aperception, apparaît avec une coche d'autant plus grande, que l'impression primitive s'est faite sur un point plus reculé de la rétine. Si elle atteignait une zone plus profonde encore, on conçoit qu'il ne se formerait pas de petite image, car le flot viendrait alors aboutir assez en avant pour frapper en deçà de la limite antérieure de la rétine sensible, entre cette partie et la cornée; il n'y aurait ainsi que l'image primordiale. Si, en comprimant la cornée, l'on n'a pas de petite ni de grande image, il faut l'attribuer à la nature de la membrane de Descemet, à la cloison intra-oculaire formée par l'iris et le cristallin qui arrêtent l'ondulation, et peut-être aussi à l'existence du *punctum caecum*.

On voit que toute cette théorie repose en quelque sorte sur

l'existence de la *coche* des phosphènes, que personne, à notre connaissance, n'avait signalée avant nous.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE LA MYOPIE ;

par le docteur A. TURNBULL, de Londres.

Je viens appeler votre attention sur un moyen nouvellement découvert pour remédier à la myopie et que j'ai employé avec un succès véritablement considérable. Il y a quelques mois que j'ai observé que les personnes qui ont la vue courte ferment partiellement les paupières lorsqu'elles regardent des objets placés à distance, et cela dans le but de vaincre la difficulté qu'elles éprouvent de bien distinguer ces objets. Cet acte est instinctif; c'est un effort naturel pour ajuster l'œil à une plus grande sphère de vision. Il est bien connu que la myopie ne dépend pas seulement de la grande convexité de la cornée, mais aussi de celle du cristallin. Mon attention s'est portée sur l'iris, que j'ai trouvé généralement très-dilaté chez les myopes. Il m'a paru que la contraction de l'iris avait pour effet apparent d'aplatir la convexité de la cornée, ce qui fait que les rayons lumineux ne peuvent pénétrer que selon une ligne droite. Cet effet est évident. Le champ visuel se trouve ainsi nécessairement augmenté, et il embrasse les objets éloignés. Il m'a semblé que si l'on réussissait à trouver un agent capable de contracter l'iris, il pourrait être ainsi remédié à une cause de la myopie.

Je suis heureux de pouvoir annoncer que le résultat de mes essais a été aussi satisfaisant que possible. Chez le premier myope que j'ai ainsi traité, j'ai eu recours à l'extrait de gingembre, avec lequel j'ai fait pratiquer une friction de 5 à 10 minutes sur tout le front, afin d'agir sur la 5ᵉ paire de nerfs; j'ai ensuite employé une teinture concentrée de gingembre (1 partie gingembre sur 2 parties esprit-de-vin décoloré par le charbon animal).

Le succès de cette application fut remarquable. Dans beaucoup de cas, elle a eu pour effet de doubler le champ visuel. Chez plusieurs myopes, j'ai rencontré l'iris peu dilaté, mais *torpide*; j'ai alors fait usage de la teinture concentrée de poivre, préparée comme celle de gingembre, et je l'ai employée jusqu'à ce que l'iris eût acquis une plus grande force de contraction et de dilatation. Ce mode de traitement a été suivi du succès le plus signalé, et des personnes dont la myopie était extrême ont bientôt pu mettre de

côté les verres concaves qu'elles portaient. Le meilleur moyen que je puisse indiquer pour constater l'amélioration de la portée visuelle pendant ce traitement, ne consiste pas à prendre un livre que l'on place d'abord près des yeux et que l'on en éloigne ensuite; cette sphère de vision est trop limitée : il vaut mieux appeler l'attention sur un objet éloigné, tel que le bouton d'une serrure, et faire reculer successivement de manière à rendre l'objet de plus en plus lointain; le myope découvre bientôt le progrès qu'il fait en mieux.

J'espère qu'une découverte aussi importante sera accueillie avec faveur par les médecins; ils peuvent être assurés du succès du traitement que je leur recommande, s'il est appliqué avec discernement et avec soin.

Il est possible que les avantages retirés de l'emploi de la teinture dont il a été parlé plus haut doivent être attribués à l'alcaloïde (*pipérine*) qui y est tenu en solution.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'OPHTHALMIE GRANULEUSE PURULENTE ET DE L'OPHTHALMIE GONORRHOIQUE;

par le docteur E. HENROTAY,

médecin de bataillon de 1re classe au régiment des carabiniers.

En répondant à la note de M. Fallot insérée dans la dernière livraison de ces *Annales* (p. 229), je ne suis en aucune façon guidé par le désir d'entrer en polémique avec notre médecin en chef honoraire, si digne de notre affection et de notre respect, mais par la nécessité d'expliquer ma pensée qui, je dois l'avouer, n'a pas toujours été rendue avec toute la lucidité désirable. Les circonstances exceptionnelles au milieu desquelles mes idées ont été produites, la rapidité avec laquelle mon travail a dû être écrit, la volonté de rester fidèle à une improvisation, doivent me servir d'excuse.

Ce qui paraît surtout avoir éveillé la sollicitude de l'honorable M. Fallot, c'est l'application du diagnostic différentiel que j'ai cherché à établir, aux droits à la pension. Il n'est pas entré dans ma pensée de prétendre que l'expert appelé à procéder à la visite d'hommes atteints de lésions consécutives aux affections purulentes de l'œil, pût toujours et en connaissance de cause remonter à la maladie primitive qu'il n'aurait pas observée. C'est à la période d'acuité surtout que le développement et la marche de la blen-

nophthalmie fournissent les principaux éléments du diagnostic : ce sera donc le médecin qui aura traité le malade et les aura recueillis, qui seul pourra donner d'utiles renseignements. Je crois devoir faire remarquer ici que je n'ai nullement assigné, ainsi qu'on l'a dit, à l'un des caractères différentiels que j'ai exposés, à l'épistaxis, par exemple, une valeur pathognomonique qui ne réside que dans leur ensemble plus ou moins complet.

J'ai dit que la marche de l'ophthalmie de l'armée est *essentiellement* chronique, et je crois pouvoir persister dans cette opinion. C'est qu'en effet la blépharite granuleuse simple est la forme la plus commune, le type en quelque sorte de l'ophthalmie de l'armée. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer le chiffre des granulés traités dans les casernes à celui des conjonctivites granuleuses envoyées aux hôpitaux. Est-ce à dire pour cela que l'affection ne puisse, dans certaines circonstances, revêtir rapidement la forme aiguë ou suraiguë ? Ce serait aller à l'encontre des faits.

Voici comment je crois pouvoir concilier ceux-ci avec l'opinion que j'ai émise. A une certaine période de leur évolution, qui se fait longtemps attendre si aucune cause étrangère ne vient hâter leur développement, les granulations agissent comme corps étrangers, sécrètent un muco-pus irritant, et c'est alors seulement que l'on trouve dans l'affection elle-même la source des violentes inflammations qui envahissent le globe oculaire. Le plus souvent ces mouvements fluxionnaires rapides sont déterminés par les causes qui donnent lieu aux diverses ophthalmies ; la présence des granulations, torpides jusque-là, rend ces causes plus actives et constitue une fâcheuse prédisposition aux inflammations des différents tissus de l'œil. Celles-ci, une fois développées, réagissent à leur tour sur l'élément morbide spécial dont les paupières sont le siége et lui impriment cet éréthisme inflammatoire qui, selon moi, n'en constitue point l'essence. On comprend dès lors comment les deux affections, se fouettant pour ainsi dire l'une l'autre, confondent synergiquement leurs puissances désorganisatrices.

« L'ophthalmie des armées sous forme épidémique se déclare très-souvent, dit M. Fallot, de la manière la plus instantanée dans des yeux jusque-là les plus sains et les désorganise en peu d'heures. »

Ai-je entendu parler de l'état épidémique ? Évidemment non. Il y a un peu plus d'un an que, recueillant quelques observations d'ophthalmie purulente, je fus frappé de certains caractères qui

ne me semblaient pas avoir suffisamment attiré l'attention. De cette époque datent les réflexions que je me proposais de soumettre à l'examen de mes confrères, et depuis lors la forme épidémique ne s'est montrée, que je sache, dans aucune des garnisons du pays. Au reste, je concède volontiers que la marche et le développement de l'ophthalmie épidémique soient beaucoup plus rapides; elle ne suit en cela que les errements des autres maladies qui, en temps d'épidémie, subissent, surtout dans leur marche, d'importantes modifications. Cependant, je ne puis comprendre que la purulence s'établisse alors *instantanément dans des yeux jusque-là les plus sains;* quelque prompte, quelque soudaine qu'en soit l'apparition, celle-ci doit toujours, me paraît-il, avoir été précédée des granulations palpébrales.

Chacun sait que *les yeux en apparence les plus sains* peuvent présenter des granulations palpébrables qui souvent même échappent à un examen superficiel; il est, en outre, reconnu que les granulations naissent et se développent parfois en quelques jours, dans l'intervalle de deux visites hebdomadaires, par exemple. Il sera donc impossible, dans la plupart des cas, de pouvoir affirmer qu'un homme, subitement atteint d'ophthalmie purulente, n'était pas porteur de granulations, à moins cependant d'en constater l'absence au moment même. Or, cette preuve négative ne semble plus facile à fournir, si l'on considère l'extrême difficulté de renverser alors les paupières, la turgescence inflammatoire de la muqueuse et les flots de pus qui la baignent. Que serait-ce donc que cette ophthalmie purulente suraiguë, se développant sous l'influence d'une cause catarrhale, en l'absence de l'altération pathologique qui forme le caractère distinctif de l'ophthalmie de l'armée? Et puis, n'est-il pas avéré que cette blennophthalmie, qui détruit un œil en quelques heures, ne s'observe que dans les lieux où l'affection granuleuse a pris domicile? Que si l'observation ne conduisait pas à la démonstration de ma proposition, on y serait amené par le raisonnement le plus simple. J'ai dit plus haut que l'ophthalmie purulente était le résultat de la réaction de deux éléments, l'un *spécifique,* l'autre *inflammatoire;* c'est le premier qui en constitue le danger, c'est à lui qu'est due la propriété désorganisatrice de la matière purulente, et non au muco-pus provenant de la conjonctivite. Quel est donc cet élément spécifique? C'est le pus sécrété par les granulations synergiquement enflammées. Or, la génération de ce pus entraîne nécessairement la condition d'exis-

tence de l'altération pathologique qui lui donne naissance. Il en résulte que, quoique plus prompte et dans son développement et dans sa marche, l'ophthalmie purulente suraiguë des armées, sous forme épidémique, n'en est pas moins précédée de granulations.

M. Fallot ajoute avoir observé, à la suite de l'ophthalmie purulente épidémique, les paupières congestionnées, injectées de sang et couvertes de *granulations molles, caractère qui*, d'après moi, *appartiendrait exclusivement à l'ophthalmie gonorrhoïque*. Les développements dans lesquels je viens d'entrer expliquent suffisamment pourquoi les granulations étaient molles dans les cas observés par M. Fallot : c'est tout simplement à cause de leur évolution rapide. J'ai cherché dans quel endroit de mon travail je pouvais avoir parlé des altérations palpébrales consécutives à l'ophthalmie gonorrhoïque ; je ne croyais pas en avoir dit un mot. Voici probablement l'origine de l'opinion qui m'a été attribuée. A la page 180, après avoir décrit l'invasion des deux ophthalmies, j'ai dit :

« Que doit-il résulter de cette évolution si complétement différente? C'est que, dans cette dernière affection (l'ophthalmie purulente granuleuse), des altérations persistantes ayant eu le temps de s'établir, *les granulations* ont une consistance qu'on ne retrouve pas dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Ici c'est plutôt de l'œdème, là c'est un tissu vasculo-charnu résistant. »

Il y a là un *lapsus calami* qui dénature tout à fait ma pensée, et pour lequel je réclame l'indulgence du lecteur. Au lieu de : *les granulations*, il faut lire : *les paupières ont une consistance qu'on ne retrouve pas dans l'ophthalmie gonorrhoïque*. Ce qui prouve que telle était bien ma pensée, c'est qu'on trouve, à la page suivante (p. 181) :

« Ces deux affections, l'ophthalmie gonorrhoïque et l'ophthalmie granuleuse suraiguë, ont l'une et l'autre pour caractère un gonflement considérable de la paupière supérieure, *mais dans la première le gonflement œdémateux*................ la paupière pouvant être retournée, on reconnaît que *la muqueuse est lisse*. »

Ce n'est pas, toutefois, que je nie complétement que l'ophthalmie gonorrhoïque puisse donner lieu à certaines altérations palpébrales consécutives, ainsi qu'on me l'a fait dire ailleurs. J'ai seulement affirmé que ces altérations ne sont pas constantes, parce que j'ai des faits qui le prouvent. D'ailleurs, je ne me suis occupé

que de l'examen des deux affections à leur summum d'acuité, et il n'entrait pas dans le cadre que je m'étais tracé de décrire les altérations qui pouvaient en être la conséquence.

Il me reste à examiner un dernier point : celui qui a trait à l'application ou au rejet des droits à la pension des victimes de l'une ou de l'autre ophthalmie. Je dois d'abord déclarer que les réflexions contenues dans mon travail n'ont pas été écrites avec la prétention de les voir servir de règle à nos collègues appelés à se prononcer en semblable matière. Je n'ai eu qu'un but : leur soumettre les résultats de mon observation pour les mettre à même d'en vérifier l'exactitude, et de m'apprendre ensuite jusqu'à quel point je puis avoir tort ou raison.

M. Fallot s'est toujours montré le défenseur du faible ; il craint, par une généreuse susceptibilité, que des idées préconçues ou mal fondées ne puissent devenir la source d'un déni de justice. Je suis heureux de m'associer à la pensée d'humanité de notre honorable médecin en chef, et je le remercie de n'avoir point douté de mes intentions dans cette grave question. Qu'il me soit permis cependant d'examiner si le diagnostic différentiel que j'ai proposé peut conduire à la négation des droits des victimes dont le sort est remis à notre appréciation.

Je n'ai point à discuter le principe qui ôte tout droit à la pension à l'homme qu'un moment d'oubli a privé de la vue, mais je fais des vœux pour qu'une voix éloquente s'élève quelque jour en sa faveur. Peut-être alors prendra-t-on quelque souci de ce malheureux, que l'impôt du sang a enlevé à sa famille, à ses affections, à ses habitudes de travail et de moralité, pour le jeter dans une caserne au milieu d'anciens qui se chargent de le déniaiser, et le livrer sur le pavé des villes aux séductions du vice et aux luttes d'un célibat forcé. Je n'ai point, ai-je dit, à discuter le principe qui repousse sans pitié l'homme qu'une ophthalmie gonorrhoïque a rendu aveugle, mais je crois pouvoir en raisonner l'application. Au point de vue de mon travail, trois conditions différentes pourront se présenter :

1° *Ophthalmie purulente granuleuse avec urétrite*. Dans l'état actuel de la science, et en se fondant sur l'impossibilité absolue de distinguer l'ophthalmie purulente de l'armée de l'ophthalmie gonorrhoïque, on considère comme étant de nature gonorrhoïque celle qui coïncide avec la présence d'un écoulement de l'urètre. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait nécessairement, en matière de

pension, supprimer complétement du vocabulaire nosologique la dénomination d'ophthalmie gonorrhoïque. Eh bien! la présence de l'urétrite ne constitue tout au plus qu'une présomption sur la nature de l'ophthalmie purulente qui lui est attribuée, car la gonorrhée et l'ophthalmie de l'armée peuvent exister simultanément chez le même individu, sans avoir rien de commun entre elles; transformer cette présomption en une affirmation, c'est là un véritable déni de justice, que le diagnostic rendrait désormais impossible si les caractères différentiels que j'ai tracés recevaient la sanction de l'expérience. Supposons un moment que cette sanction leur soit acquise, afin de compléter l'examen des conséquences que l'on pourrait en tirer.

2° *Ophthalmie gonorrhoïque sans écoulement de l'urètre.* Un soldat atteint d'une gonorrhée fait usage de l'essuie-mains d'un de ses camarades; celui-ci contracte une ophthalmie gonorrhoïque et perd la vue. N'aurait-il aucun droit à la pension? Le contester serait odieux. Donc, chaque fois que le sujet ne sera pas porteur d'un écoulement génital, on devra reconnaître et affirmer ce droit, quelle que soit du reste l'évidence des caractères fournis par l'affection oculaire.

3° *Ophthalmie gonorrhoïque avec écoulement de l'urètre.* C'est le seul cas auquel on puisse, en vertu du principe réglementaire, appliquer l'exclusion de tout droit à la pension; mais il faut que les signes de l'ophthalmie gonorrhoïque soient irrécusables et l'écoulement de l'urètre bien constaté.

Je me résume : le diagnostic différentiel, s'il était admis, n'entraînerait aucun déni de justice, car la condition de l'écoulement urétral concomitant est indispensable pour frapper d'exclusion à la pension le porteur d'une ophthalmie gonorrhoïque la mieux caractérisée; au contraire, dans les cas dont la nature avait jusqu'à ce jour paru suffisamment déterminée par la présence d'une gonorrhée, il pourra souvent empêcher une décision injuste.

Ces explications satisferont, je l'espère, l'honorable M. Fallot. Je puis m'être trompé; mais il reconnaîtra du moins que je n'ai point cherché à opposer la science aux droits du malheur, et que je m'efforce, en interrogeant celle-ci, de suivre la voie de justice et d'humanité qu'il nous a noblement tracée durant sa longue et brillante carrière.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

Journaux français.

Gazette médicale de Paris.

Observations de M. W. Vrolik (d'Amsterdam) sur la cyclopie. — M. W. Vrolik a publié en 1849 un ouvrage intitulé : *Tabulae ad illustrandam embryogenesin hominis et mammalium,* dans lequel sont figurés et décrits un assez grand nombre de cas de cyclopie, dont M. Davaine a présenté l'analyse, il y a quelques mois, à la Société de biologie. M. Davaine s'est exprimé dans les termes qui suivent :

« Les cas de cyclopie figurés dans l'ouvrage de M. W. Vrolik sont au nombre de 21, parmi lesquels 8 ont été observés sur le fœtus humain, mais 2 cas seulement sont propres à l'auteur ; 8 autres appartiennent au cochon domestique, 3 au mouton, 1 au chien et 1 au lapin. De sorte que sous le rapport de la fréquence de cette monstruosité suivant les espèces d'animaux, ces résultats s'accordent avec ceux d'autres observateurs.

» Je vais maintenant exposer ce que chacun de ces cas a de plus remarquable, et les données générales qu'on peut en déduire en les comparant avec ceux dont j'ai déjà entretenu la Société.

» Dans les quatre cas que j'ai pu examiner par moi-même, l'encéphale a présenté des modifications remarquables, mais qui ont porté uniquement sur les hémisphères cérébraux. J'ai constamment trouvé complets la moelle allongée, la protubérance, les tubercules quadrijumeaux et le cervelet; ces deux derniers organes seulement ont présenté deux fois une augmentation de leur volume. Trois fois les hémisphères cérébraux étaient remplacés par un lobe antérieur, médian, sans scissure ni corps calleux, et d'un volume moindre que celui des deux hémisphères normaux; une fois ils étaient réduits au plancher du troisième ventricule. La voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques, les éminences mamillaires n'existaient pas ou avaient subi des déformations qui les rendaient à peine reconnaissables; le corps et la tige pituitaires ont existé deux fois.

» Les cas rapportés par M. Vrolik concordent parfaitement avec ces faits. Cet observateur a noté l'existence et l'intégrité constante, à part quelques différences dans leur volume, de la moelle, de la protubérance, du cervelet et des tubercules quadrijumeaux; les hémisphères cérébraux, au contraire, ont constamment présenté des modifications très-notables. Celles qui sont communes à tous les cas consistent dans la réunion des hémisphères en un seul lobe et dans une diminution plus ou moins

grande de leur masse. Quant aux autres modifications, elles ont été très-variables. Ainsi, une fois on a noté la coexistence de l'hydrocéphalie qui distendait le crâne. Les hémisphères formaient une poche unique, remplie de sérosité; les corps striés et les couches optiques étaient très-petits. Dans plusieurs autres cas, les hémisphères réunis formaient une poche unique et pleine de sérosité.

» Le corps calleux, les couches optiques, les corps striés, la voûte à trois piliers n'existaient pas le plus souvent ou étaient à l'état rudimentaire. Ces circonvolutions n'ont été observées qu'un petit nombre de fois, et toujours bien réduites; l'existence du corps pituitaire a été notée assez souvent, et une fois celle de la glande pinéale.

» L'existence d'une hydrocéphalie manifeste, dans un cas et dans plusieurs autres, la distension par de la sérosité du lobe ou de la poche remplaçant les hémisphères, me paraissent très-importantes à noter au point de vue de l'étiologie, car elles fournissent un argument puissant contre l'hypothèse de l'arrêt de développement comme une cause de cette monstruosité. Les modifications très-variables que présente l'aspect des hémisphères cérébraux de ces monstres me paraissent aussi peu susceptibles d'une explication satisfaisante par un arrêt de développement.

» L'appareil nasal éprouve dans la cyclocéphalie des modifications considérables; quelquefois il a complétement disparu; plus souvent il existe à l'état rudimentaire, et il prend à l'extérieur l'apparence d'une trompe située au-dessus de l'orbite. Cette trompe, qui existait dans trois de mes cas, est formée presque toujours par les os propres du nez modifiés, par des cartilages et la peau. On y trouve ordinairement une petite cavité et quelques vestiges des cornets et de la cloison. Dans deux cas, j'ai pu constater que le rameau nasal interne du nerf ophthalmique y pénètre. Dans aucun cas, je n'ai trouvé de nerf olfactif ni de rudiment de l'ethmoïde. Ces résultats, qui s'accordent avec ceux de Tiedeman et de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, diffèrent de ceux de M. W. Vrolik. Jusqu'aujourd'hui, en France au moins, on considérait comme un fait constant l'absence des nerfs olfactifs dans la cyclopie. Mais M. W. Vrolik rapporte six cas dans lesquels ces nerfs existaient, et il est remarquable que l'existence de ces nerfs n'est pas en rapport avec celle des nerfs optiques et de l'œil, et même il peut exister deux nerfs olfactifs, tandis qu'il n'y a qu'un seul nerf optique, ou réciproquement. Ainsi M. W. Vrolik rapporte, d'après Otto, le cas d'un fœtus humain, dans lequel il y avait un seul nerf optique et un œil unique : les deux nerfs olfactifs existaient.

» Deux autres cas, l'un fourni par un cochon, l'autre par un chien, dans lesquels, avec deux nerfs olfactifs, il n'existait qu'un nerf optique et un œil unique. Dans les trois autres cas, dont deux appartiennent au cochon et un au mouton, il n'y avait qu'un nerf olfactif, naissant sur la

ligne médiane du lobe cérébral unique. Chez l'un, il n'existait qu'un seul œil et pas de nerf optique ; chez un autre, il y avait deux yeux et un seul nerf optique. Enfin, chez le troisième, il y avait une fusion incomplète des deux yeux et deux nerfs optiques. Dans tous ces cas, il existait une trompe, et l'on a trouvé des rudiments cartilagineux ou osseux de la lame criblée de l'ethmoïde.

» M. Vrolik insiste à plusieurs reprises sur le fait de l'existence de la suture du coronal avec l'existence des nerfs olfactifs, et il semble y voir une relation de cause à effet. Cette suture existe aussi, quoique le nerf olfactif soit absent. Je l'ai constatée sur un des cas de cyclocéphalie que j'ai examinés avec M. Robin.

» Quant aux modifications de l'appareil de la vision, elles consistent dans l'existence d'une orbite unique, dans laquelle se trouve un œil simple, ou bien un œil double, ou enfin deux yeux distincts; elles constituent trois degrés de la cyclopie, auxquels M. Vrolik ajoute un quatrième : celui où l'œil n'existe pas. N'ayant rien trouvé qui ne fût conforme à ce que l'on connaît sur les modifications de l'œil dans cette monstruosité, je ne m'y arrête pas. Dans deux cas, j'ai pu constater l'absence du nerf optique avec l'existence d'un œil assez parfait, dont l'un paraissait contenir les détritus de la rétine.

» M. Vrolik a aussi constaté un cas où le nerf optique manquant, l'œil unique possédait une sclérotique, une choroïde et un cristallin. Les autres parties n'ont pu être reconnues; mais il donne, d'après Delle Chiaje, la figure d'un rhinocéphale humain, dont l'œil unique paraît normalement conformé, quoiqu'il n'y eût pas de nerf optique. Ces faits sont contraires à l'opinion de Tiedeman, qui regarde comme impossible l'existence de l'œil sans le nerf optique.

» Il ressort encore des observations de M. Vrolik, comme de celles qui me sont propres, que, dans la cyclopie, les mâchoires sont plus ou moins atrophiées; que la langue, au contraire, acquiert un développement normal; d'où il résulte que cet organe, ne pouvant être contenu dans la cavité de la bouche, sort entre les lèvres et peut paraître avoir acquis un développement exagéré.

» En résumé, les observations rapportées par M. Vrolik établissent les points suivants, d'accord en cela avec les autres auteurs :

» 1° Dans la cyclocéphalie, l'encéphale est toujours gravement déformé ou altéré;

» 2° Les lésions occupent presque exclusivement les hémisphères cérébraux;

» 3° Ces lésions sont variables; mais il en est deux plus générales, à savoir : la diminution de volume des hémisphères et leur réunion en un seul lobe;

» 4° La trompe est un rudiment du nez;

» 5° L'œil peut exister sans le nerf optique;

» 6° Les parties inférieures de la face, la langue exceptée, participent toujours plus ou moins de l'atrophie des régions supérieures.

» Enfin elles prouvent, contrairement à l'opinion généralement reçue, que, dans la cyclocéphalie, les nerfs olfactifs peuvent exister, soit distincts l'un de l'autre, soit confondus en un seul cordon, et que ces modifications ne sont pas en rapport avec celles que présentent les nerfs optiques et les yeux.

» Il résulte de cet exposé que, dans ce genre de cyclopie où le nez est représenté par une trompe, le nerf olfactif peut exister, qu'il peut être unique ou double, et qu'il est indépendant, dans son existence ou dans ses modifications, de l'état de l'œil et du nerf optique. »

Troubles survenant dans la nutrition de l'œil, à la suite de la section de la moitié latérale de la moelle épinière, au dos. — Tout le monde connait les résultats singuliers que produisent sur l'œil la section du nerf trijumeau dans le crâne, ou l'extirpation du ganglion cervical supérieur. Tout le monde sait aussi que l'existence d'helminthes dans le canal intestinal, ainsi que certaines affections de la moelle épinière, peuvent amener des troubles dans la vision ou même une maladie de l'œil, et quelquefois une amaurose complète. M. Brown-Séquard a communiqué à la Société de Biologie de Paris un fait qu'on peut rapprocher de ceux-là.

Sur neuf cochons d'Inde auxquels il avait coupé une moitié latérale de la moelle épinière, à la hauteur de la 10e, 11e ou 12e vertèbre dorsale, il en a vu quatre offrir des altérations plus ou moins considérables de l'œil correspondant au côté coupé de la moelle. — Dans un des quatre cas, l'altération a consisté d'abord dans une opacité de la cornée; puis la conjonctive s'est enflammée, et l'inflammation a gagné la cornée. Au bout de quelques jours, il existait une ophthalmie purulente des plus intenses. La cornée a été en partie détruite; l'œil s'est vidé, et l'on a pu voir alors que le cristallin et l'humeur vitrée avaient conservé leur transparence. Sur un second animal, quatre jours après l'opération faite à la moelle, la cornée a présenté un sillon oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le lendemain, ce sillon était plus profond et ses bras étaient opaques. Le surlendemain toute la cornée était opaque. Elle resta ainsi cinq jours, au bout desquels l'opacité disparut, et il ne resta aucune trace du sillon assez profond qui s'y était montré. — Sur un troisième animal, vingt

heures après l'opération, la cornée présentait un sillon opaque. Dix heures plus tard, toute la cornée était opacifiée. L'animal mourut 55 heures après l'opération; il existait alors une kérato-conjonctivite intense. En ouvrant l'œil, on reconnut que ses parties internes étaient à l'état sain. — Sur un quatrième animal, six jours seulement après l'opération, on aperçut un court et léger sillon sur la cornée. Le lendemain, elle était un peu opacifiée; deux jours plus tard, tout avait disparu.—Des cinq autres cochons d'Inde opérés, un mourut trois jours après l'opération. Les quatre autres ont survécu; leurs yeux examinés avec soin, chaque jour, pendant plus de deux mois, n'ont présenté aucune altération.

Comment se rendre compte de cette singulière altération de l'œil? Y a-t-il un lien organique spécial entre l'œil droit, par exemple, et la moitié droite de la moelle épinière? Quelle est la nature de ce lien, et par quelles voies s'opère-t-il? Pourquoi ce lien n'existe-t-il que chez certains individus?

Ce sont là autant de questions à résoudre. Pour essayer de le faire, M. Brown-Séquard se propose de couper une moitié de la moelle dans diverses régions voisines ou éloignées de celle que nous avons indiquée ci-dessus; il se propose aussi de produire des lésions sur les ganglions du grand sympathique, dans l'abdomen.

Avant de terminer, nous devons signaler un fait bizarre : il semble que si un œil s'altère après la section d'une moitié latérale de la moelle, on devra quelquefois voir les deux yeux, ou du moins l'un des deux, s'altérer après la section de toute la moelle, c'est-à-dire des deux moitiés latérales. Eh bien! jusqu'ici M. Brown-Séquard n'a jamais rien vu de semblable, malgré la grande multiplicité de ses expériences.

Journal de Médecine de Bordeaux.

Hernie de l'œil. — Sous ce titre, M. le docteur Pujos rapporte le fait suivant :

« Un jeune homme de vingt ans se heurta violemment contre une pointe émoussée, laquelle pénétra dans l'orbite, au-dessus du globe de l'œil; celui-ci fut chassé hors des paupières et resta suspendu sur la joue. M. Dubrueilh fut appelé, et ne réussit pas plus que moi à réduire cette hernie d'un nouveau genre. Une saignée au bras fut pratiquée; j'essayai encore la réduction, mais inutilement. L'eau froide, une légère compression furent appliquées. Le lendemain on fit une nouvelle saignée

au bras; nouvelles tentatives de réduction, encore inutiles. L'œil est vivement phlogosé; tout fait craindre que la cornée ne se ramollisse et que les humeurs ne soient évacuées. Cependant cet accident n'a pas eu lieu, et 25 jours après le début du mal, il m'est possible de faire rentrer le globe oculaire sous la paupière supérieure; puis, quelques jours après, je le repousse sous la paupière inférieure. Aujourd'hui le globe de l'œil est caché sous les paupières; mais la cornée transparente est cachée derrière l'angle externe. Il n'est pas moins très-remarquable que, bien que cet organe soit resté pendant 25 jours suspendu hors des paupières, il ne soit pas tombé en sphacèle. »

Journaux anglais et anglo-américains.

The medical Times.

Remarques sur un spectre oculaire indiquant une légère obliquité du cristallin par rapport à l'axe du globe de l'œil. — Lorsqu'on approche de l'œil une carte noircie percée d'un petit trou, l'ouverture paraît beaucoup plus grande; et quelle qu'en soit la forme, elle semble être arrondie. Ce fait, bien connu, s'explique aisément quand on considère la grande divergence des rayons qui passent à travers ce trou et l'insuffisance des pouvoirs de l'œil à les concentrer sur la rétine de manière que l'ombre de l'iris tombe sur eux, la pupille modelant, pour ainsi dire, la masse des rayons et leur faisant former un spectre circulaire d'une étendue considérable. Quelques physiologistes ont remarqué que le bord externe ou temporal de ce spectre n'est pas semblable à l'interne, qui est moins brillant et moins bien défini que lui. Cette apparence ressort mieux encore quand on emploie une série de perforations représentées par les points ci-après . . . . . . Dans ce cas, quel que soit l'œil dont on se serve, le bord externe brillant de chaque cercle est clairement vu, dépasse celui placé au côté interne, qui est plus faible, et le tout ressemble beaucoup à un collier de perles. En changeant alternativement d'œil, le côté du cercle qui dépasse l'autre passe successivement de droite à gauche.

M. Macdonald a pensé, pour se rendre compte de ce phénomène, que la lentille cristalline prend une position légèrement oblique par rapport à l'axe du globe de l'œil ou du plan de l'iris. Avec cette notion, tout devient parfaitement clair. — En rassemblan les rayons lumineux d'une bougie dans une lentille ordinaire et

les recevant sur un écran avant leur convergence complète, il en résulte un spectre circulaire dont les bords sont également brillants tant que les plans de l'écran et la lentille sont parallèles ; mais si l'on donne à la lentille une certaine obliquité, la partie du spectre formée par les rayons qui passent à travers le bord de la lentille le plus éloigné de l'écran sera plus brillante que les autres, en raison de la plus grande convergence des rayons. Cet effet rappelle exactement ce qui s'observe dans l'œil.

Ce qui porte l'auteur à considérer son explication comme exacte, c'est la symétrie de cet effet dans les deux yeux, puis ce fait anatomique, que les procès ciliaires sont un peu plus courts en dedans qu'en dehors de la lentille ; arrangement qui semble destiné à porter celle-ci plus directement en face de la tache de Sœmmering (ce but est ainsi rempli en partie par la position oblique du cristallin, dont il vient d'être parlé). En effet, de même que les images que nous voyons droites sont cependant parvenues à la rétine renversées, de même le côté brillant des cercles doit être situé en dedans, dans le point opposé où cela a lieu en apparence, car il est produit par le bord interne de la lentille qui est le plus éloigné de la rétine ou le plus rapproché de l'iris ; disposition qui a pour effet de dévier en dedans toute la masse des rayons lumineux et de les concentrer vers la partie interne du fond de l'œil, ce qui est nécessaire dans certaines positions du globe oculaire. Il est probable que le muscle ciliaire, si bien décrit par M. Bowman, et après lui par M. Brücke, sous le nom de muscle tenseur de la choroïde (1), a une action spéciale pour changer le plan de la lentille, qu'il rend oblique dans divers sens.

On pourrait expliquer les mêmes phénomènes par l'hypothèse que la substance du cristallin a une densité plus grande dans sa partie interne que dans l'externe, de manière que les rayons passant à travers la première formeraient un foyer plus rapproché que les autres ; mais comme ceci rendrait la lentille impropre à ses fonctions, cette supposition ne doit point être admise.

London Journal of Medicine.

De l'extraction de la cataracte osseuse. — L'auteur de cette communication, M. William White Cooper, débute par quelques

(1) Voir ci-dessus, p. 241, le mémoire de M. Langenbeck.

considérations sur la cataracte pierreuse ou osseuse. Il rappelle qu'elle n'est pas rare chez les individus à diathèse goutteuse ou rhumatismale, qu'elle survient aussi quelquefois à la suite d'une violence extérieure qui a porté sur l'œil. Les douleurs occasionnées par cette variété de cataracte sont souvent atroces, parfois portées au point de produire le délire. L'extraction est alors le seul remède; mais cette opération présente des difficultés très-sérieuses. Il peut surgir une hémorrhagie consécutive, provenant vraisemblablement de ce que l'artère centrale de la rétine, contenue dans des parties osseuses, ou ayant elle-même subi cette dégénérescence, n'est plus capable de se contracter et de mettre ainsi obstacle à l'issue du sang. — Pour ce qui est de l'opération même, l'oblitération plus ou moins complète de la chambre antérieure rend souvent très-difficile le temps qui consiste à passer le couteau à travers la cornée; l'incision oblique doit être préférée. — Si des adhérences très-étendues entravent l'exécution de ce procédé, le plus convenable est peut-être de diviser la cornée transversalement, le but de l'opération étant, dans ces cas, non pas de rendre la vue, mais de délivrer le malade des douleurs qui le tourmentent. — Le point le plus difficile, c'est l'extraction de la cataracte. L'iris, ayant perdu son élasticité, adhérant avec la lentille, parfois avec la cornée, ne cède pas à la pression; d'un autre côté, cette lentille est solide, non dépressible, et il arrive qu'après l'avoir détachée de ses adhérences, on ne peut la faire passer à travers la pupille contractée. — Dans de pareilles conjonctures, le meilleur moyen est de briser le noyau osseux et de le retirer ensuite par fragments, ce qui n'est possible toutefois qu'après avoir divisé toutes ses adhérences à l'aide d'un couteau très-affilé. — Avant de faire la réposition du lambeau de la cornée, il faut bien examiner si on ne laisse aucun fragment dans l'intérieur de l'œil.

Dublin medical Press.

Opération de la cataracte pratiquée sur un ours. — La note suivante est publiée dans la *Dublin medical Press* du 27 novembre :

« Un fait qui montre combien le chloroforme peut rendre de services chez les animaux que l'on veut soumettre à quelque opération, s'est passé ces jours derniers au Jardin zoologique de Londres. L'ours de la Californie, animal très-rare, était affecté d'une cataracte dont il eût été

assez difficile de le débarrasser sans l'endormir préalablement. Sur la demande du secrétaire de la Société, M. le docteur Snow a bien voulu administrer lui-même le chloroforme. L'éponge n'étant pas assez large pour embrasser les mâchoires de l'animal, il fallut lui enrouler tout autour un mouchoir de poche pour assurer l'inspiration des vapeurs. Cela fait, l'animal ne tarda pas à tomber dans l'insensibilité; alors M. W. White Cooper, chirurgien de l'infirmerie ophthalmique du Nord, se hâta de lui pratiquer l'opération de la cataracte. Le résultat en a été si favorable, que l'on se propose de faire procéder à la même opération sur quelques-uns des animaux féroces qui sont affectés de cataracte. »

The Transactions of the American medical Association (1848).

Ophthalmie post-fébrile. — Exposition de quelques faits observés par le docteur Dubois ; on n'y trouve rien, sous le rapport de la symptomatologie, qui n'ait été dit par MM. Mackenzie, Jacob, etc. — La térébenthine et le sulfate de quinine sont les moyens dont M. Dubois a retiré les plus grands bénéfices ; les remèdes externes ne lui paraissent appelés à jouer qu'un rôle très-secondaire dans le traitement de cette affection.

New-York Journal of Medicine.

Emploi de la solution éthérée de coton poudre (*collodion*) dans le traitement des tumeurs érectiles des paupières. — Frappé de la puissance contractile du collodion, le docteur Brainard (de Chicago) a voulu essayer ce moyen chirurgical dans le traitement des tumeurs érectiles. Le résultat a répondu à ses espérances. Parmi les faits qu'il cite, il en est un que nous devons faire connaître : il s'agit d'un jeune enfant qui portait à la paupière inférieure un *naevus* long de 3/4 de pouce et large de 1 1/2 pouce ; au moment de la naissance, la tumeur était à peine perceptible ; dans les derniers six mois elle avait acquis son volume actuel. Afin de prévenir l'irritation que provoque la vaporisation du collodion appliqué auprès de l'œil, on attendit le sommeil pour étendre le liquide sur la partie malade. Pendant deux mois, la couche de collodion fut renouvelée deux fois par semaine ; le *naevus* avait alors cessé d'être perceptible.

Journaux norwégiens.

Norsk Magazin for Laegevidenskaben.

Maladies oculaires observées dans la section chirurgicale de l'hôpital d'État, à Christiania. — Le nombre des malades traités dans cette section (confiée aux soins de M. le docteur Voss) pendant le deuxième semestre 1846, s'est élevé à 262. — Il a été pratiqué 3 opérations de cataracte, dont 2 suivies de succès. — Il est fait mention d'un cas de cirsophthalmie. — 2 cas de blennorrhée oculaire et 1 cas d'ophthalmie des nouveau-nés ont été traités par la cautérisation avec le nitrate d'argent. M. Voss a administré en même temps l'huile de térébenthine (dans une émulsion) à doses progressives. Il n'indique pas les motifs qui l'ont porté à prescrire cette médication interne. — Chez un malade affecté d'*amblyopie,* la dilatation pupillaire par la belladone permettait de distinguer dans la partie la plus déclive du fond de l'œil gauche un corps scintillant et mobile du volume d'une écaille de poisson ; en dehors de ce corps, on en découvrait un second beaucoup plus petit. — M. Voss considère ces corps comme « *des concrétions siégant dans le corps vitré,* ou « comme *des dépôts de substance organique, suites de dyscrasie ;* » il ne tente pas de rapprocher ce fait de ceux qui ont été publiés sous le titre de *synchysis étincelant,* et que M. le docteur Sichel vient de résumer si savamment dans son mémoire sur la spinthéropie inséré dans la livraison d'octobre dernier des *Annales d'Oculistique.*

Nouveau crochet pour l'opération de la pupille artificielle. — M. le professeur Heiberg a montré en 1847 à ses collègues de la Société de médecine de Christiania un crochet à pupille artificielle qui n'est autre que celui de Beer, avec cette modification, toutefois, que la partie concave en est tranchante.

Journaux suédois.

Svenska Läkare Sallskapets nya Handlingar.

Ophthalmie syphilitique. — M. le docteur Hjort a lu, en 1847, à la Société de médecine de Stockholm, un mémoire très-remarquable sur la nature de la syphilis communiquée du nourrisson à la nourrice, et *vice versa.*

L'ophthalmo-blennorrhée survenant des premiers jours au premier mois de la naissance est très-fréquemment communiquée de

l'enfant à la nourrice. D'après l'observation de M. Hjort, l'ulcération de la muqueuse conjonctivale survient dans la plupart des cas de cette forme d'ophthalmie; souvent aussi des aphthes à marche chronique se manifestent sur cette membrane et sur la muqueuse de la bouche.

Journaux danois.

Bibliothek for Laeger.

Valeur des signes anatomiques des ophthalmies spécifiques. — Le docteur Lehmann a recueilli à ce sujet des observations pratiques fort intéressantes qu'il a communiquées en 1849 à la Société royale de médecine de Copenhague.

Blessure remarquable de l'œil. — Ce fait a été communiqué par M. Lehmann à la Société *Philiâtrie* de Copenhague. — La blessure était profonde et avait porté sur l'union de la sclérotique avec la cornée; une partie de l'iris formait hernie; l'épanchement sanguin interne était considérable. Un traitement antiphlogistique énergique, des applications froides et la cautérisation de là portion d'iris herniée amenèrent une guérison complète.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Klinische Beiträge aus dem Gebiete der Chirurgie und Ophthalmologie; von MAX LANGENBECK, Professor der Medicin in Göttingen. — Göttingen, 1849, Dieterich, 4° pp. 74, mit 4 Kupfertafeln.

M. le docteur Max Langenbeck a publié sous ce titre, en 1849, une série de mémoires sur divers sujets de chirurgie et d'ophthalmologie. Grâce au zèle obligeant de notre estimable et laborieux collaborateur, M. le docteur Binard, nous avons pu communiquer à nos lecteurs les chapitres que l'auteur a consacrés à l'épreuve des images comme moyen de diagnostic de certaines altérations des parties profondes de l'œil (*Annales d'Oculistique*, t. XXII, p. 169) et au traitement de l'ophthalmie (*Annales*, t. XXIV, p. 100); nous publions ci-dessus, pp. 241-246, le chapitre qui renferme la description anatomique du muscle compresseur de la lentille, ou accommodateur.

La publication de M. Langenbeck renferme un quatrième mémoire oculistique intitulé : *Extraction de la cataracte*. L'auteur y

expose le moyen dont il se sert pour fixer l'œil dans cette opération. Le chirurgien allemand donne comme *sienne* une pratique dont la paternité revient à M. Bonnet, de Lyon, et que M. Pétrequin a décrite dans le numéro d'avril 1842 (t. VII, p. 34) de ces *Annales*. Il s'agit de la fixation de l'œil au moyen d'une pince implantée dans la conjonctive bulbaire. La figure donnée par M. Langenbeck (Pl. II, fig. 4) ne diffère de celle de M. Bonnet qu'en ce que ce dernier écarte les paupières au moyen de deux dilatateurs, tandis que le premier fait maintenir la supérieure par les doigts d'un aide et rabat sur l'inférieure la pince fixée dans la conjonctive. Les raisons fournies par le professeur de Gœttingue pour établir la valeur de ce mode de fixation, sont exactement celles qui ont été exposées par M. Pétrequin : nous devons toutefois le reconnaître, elles sont présentées sous une autre forme.

M. Langenbeck parle dans ce mémoire d'une pince (dont il donne le dessin) à branches unies et juxtaposées, terminées par deux cuillers qui s'écartent par la pression ; il désigne cet instrument sous le nom de *phacotriteur*. Cette pince est introduite à travers une incision pratiquée dans la sclérotique, comme le fait M. Sichel dans l'extraction de la cataracte capsulaire secondaire; la pression sur les branches permet de saisir entre les cuillers et de broyer sur place les fragments cristalliniens dont la résorption se fait trop lentement après « la *discission* » ou « la *dislocation* » pratiquées avec l'aiguille introduite soit à travers la cornée, soit par la sclérotique. Cette pince à broiement pourrait, on le conçoit, être également passée à travers une incision de la cornée, et servirait, mieux que les pinces à mors, dans l'extraction de la cataracte capsulaire secondaire.

Nous n'avons pas à faire l'éloge de l'œuvre de M. Langenbeck ; nos lecteurs ont été mis à même d'en apprécier le mérite et savent, nous en sommes bien persuadé, le plus grand gré à M. Binard de la leur avoir fait connaître *in extenso*.

— N —.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Schoeler (Henricus). — *De oculi evolutione in embryonibus gallinaceis.* — Accedit tabula lithographica. — Mitaviae, 1849, Reyher, 4° pp. 36.

(Dissertation inaugurale défendue à l'université de Dorpat.)

Seidl (Emmanuel). — *Die granulöse Ophthalmie oder die sogenannte egyptische Augenentzündung.* — Wien, 1850, F. Leo, 8° pp. 39.

(L'auteur de cette brochure sur l'ophthalmie granuleuse est médecin oculiste des pauvres de la ville de Vienne, et a été chargé en chef du service ophthalmologique à l'hôpital de la garnison de la même ville. Nous nous occuperons prochainement de cet écrit; nous dirons toutefois, dès aujourd'hui, que nous n'y avons rien rencontré de neuf, et que, par contre, nous avons trouvé que M. Seidl se montre très-peu au courant des progrès imprimés dans ces dernières années au diagnostic et à la thérapeutique de l'ophthalmie d'Égypte.)

Chronique.

Bruxelles. — Nous avons reçu de M. Sichel une *Note rectificative de l'historique de la spinthéropie;* elle paraîtra dans notre prochaine livraison.

— Nos abonnés reçoivent avec cette livraison le 1er numéro du journal *les Mineurs belges,* qui leur est adressé par quelques confrères intéressés dans cette entreprise, dont le plan est on ne saurait plus rationnellement conçu, et pour le succès de laquelle nous formons les vœux les plus sincères. Les statuts ont réservé à l'intervention médicale sa part directe en lui accordant le droit de contrôle de l'état physique des mineurs belges avant leur départ pour la Californie, ainsi que le règlement de tout ce qui concerne l'hygiène des travailleurs, sous le rapport de la durée et des heures du travail, de l'alimentation, etc., etc.

Batavia. — Dans sa dernière séance solennelle, tenue sous la présidence de S. E. M. Rochussen, gouverneur général des possessions hollandaises dans l'Inde, la Société des Arts et des Sciences de Batavia a proclamé les noms de ses membres correspondants nouvellement élus, parmi lesquels figurent MM. les professeurs Schroeder van der Kolk et Donders, de la Faculté de médecine d'Utrecht, Kerst, de l'hôpital militaire d'instruction de la même ville, et MM. les docteurs Beckers, inspecteur général du service de santé de l'armée hollandaise, Van Deen, rédacteur en chef des *Archives médicales néerlandaises,* Florent Cunier, rédacteur en chef des *Annales d'Oculistique,* et Gouzée, médecin principal de l'armée belge.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE VINGT-QUATRIÈME VOLUME.

(DEUXIÈME SEMESTRE 1850.)

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU XXIV[e] VOLUME.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS DES AUTEURS.

